



Oportunidades para os Recém-nascidos em Africa



THE PARTNERSHIP

For Maternal, Newborn & Child Health

IMPROVING HEALTH. SAVING LIVES.

**Dados práticos, políticas e apoios
programáticos para a prestação de cuidados
de saúde aos recém-nascidos em África**

Todos os anos morrem pelo menos 1,16 milhões de recém-nascidos na África Sub-Sahariana. A região africana apresenta as maiores taxas mundiais de mortalidade neonatal, e tem revelado até agora os progressos mais lentos relativamente à diminuição da mortalidade neonatal. Contudo, ainda há esperança. No ano passado, a rapidez das alterações introduzidas nas políticas dos países africanos excedeu de longe as expectativas, proporcionando a possibilidade de se acelerarem os avanços nas áreas da Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

SECÇÃO I

Os recém-nascidos africanos -Como contá-los e fazer com que eles contem

SECÇÃO I: Panorama das mortes de recém-nascidos e das vidas que poderiam ser salvas em África, a fim de orientar as políticas e a definição das prioridades programáticas. Onde, quando e por que razão morrem os recém-nascidos africanos e quantos poderiam ser salvos?

SECÇÃO II

Os serviços de saúde materna, neonatal e infantil

SECÇÃO II: Resumo da prestação de cuidados continuados de saúde ao longo das fases pré-gravídica, de gravidez, de parto e do período pós-natal, destacando-se as actuais carências de cobertura de cuidados de saúde e de possibilidades de resolução dessas carências a todos os níveis - prestação de cuidados de saúde a nível familiar e comunitário, serviços de saúde de proximidade, serviços de saúde primários e extensões de serviços

SECÇÃO III

Oportunidades de prestar cuidados de saúde aos recém-nascidos, segundo os programas já existentes

SECÇÃO III: Panorama da situação actual de 9 programas fundamentais relativos à saúde dos recém-nascidos. Estes panoramas analisam as oportunidades, as dificuldades e os estudos de casos relativos à melhoria e à integração da saúde dos recém-nascidos nos serviços de prestação contínua de cuidados de saúde

SECÇÃO IV

Como abranger com cuidados de saúde essenciais, em África, todas as mães e todos os bebés

SECÇÃO IV: Os documentos-quadro das políticas de saúde já existem, mas subsistem lacunas entre as políticas definidas e as acções, especialmente no que se refere aos mais pobres. Que poderemos aprender dos países que estão a fazer progressos? Indicam-se as medidas práticas a adoptar para melhorar e integrar a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos

SECÇÃO V

Informações sobre como agir

SECÇÃO V: Resumo de dados relevantes para a tomada de decisões em 46 países da África Sub-Sahariana relativamente ao estado actual e às políticas de Saúde Materna, Neonatal e Infantil

Sumário

- 2 Mensagem - Dr.^a Gertrude Mongella,
do Parlamento Pan-Africano
- 3 Prefácio - Dr. Francisco Songane, Parceria
Para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil
- 4 Introdução - Professor E. Oluwole Akande,
da “African Regional MCHI Task Force”
- 5 Constatações fundamentais

- I Os recém-nascidos africanos - como contá-los
e fazer com que eles contem

- II Os cuidados continuados de Saúde Materna,
Neonatal e Infantil

- III
 - 39 Cuidados de saúde a prestar às raparigas e
às mulheres antes da gravidez
 - 51 Controlo Pré-Natal
 - 63 Assistência durante o parto
 - 79 Controlo Pós-Natal
 - 91 Atenção integrada às doenças da infância
 - 101 Promoção da nutrição e da amamentação
(ou aleitamento materno)
 - 113 Programas de prevenção da transmissão
vertical do VIH de mãe para filho (PTV)
 - 127 Programas de controlo da malária
 - 137 Programas de vacinação

- IV 151 Prestar cuidados de saúde essenciais a todas
as mães e bebés africanos

- V 173 Informações para agir

- 232 Referências bibliográficas
- 241 Índice
- 245 Agradecimentos



Mensagem

Os recém-nascidos africanos são o futuro de África - a nossa melhor oportunidade



Todos os anos em África...

- ▶ 30 Milhões de mulheres engravidam
- ▶ cerca de 250 000 mulheres morrem de causas relacionadas com a gravidez
- ▶ aproximadamente 1 milhão de bebés são nados-mortos
- ▶ pelo menos 1 milhão de bebés morrem no primeiro mês de vida e cerca de quinhentos mil morrem no primeiro dia de vida
- ▶ outros 3,3 milhões de crianças africanas irão morrer antes do seu quinto aniversário
- ▶ 4 milhões de bebés nados-vivos de baixo peso e outros com complicações neonatais podem sobreviver, mas não poderão atingir todo o seu potencial

Todos os países africanos acrescentam dados a um catálogo de perdas constituído por demasiadas mortes materno-infantis e de recém-nascidos. Contudo, estas perdas não são inevitáveis. Pelo menos dois terços dos recém-nascidos e uma proporção semelhante de mães e de crianças poderiam ser salvos com intervenções a custos competitivos que já constam das políticas da maior parte dos países, mas que não atingem os pobres. Melhorar a saúde dos recém-nascidos é um imperativo para as mães, para as crianças e para os bebés. O preço a pagar é acessível e representa apenas 1,39 dólares por pessoa. Imagine-se o que aconteceria se todos os fundos utilizados na destruição e nos conflitos em África fossem reorientados para a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos.

A África dispõe agora de novas possibilidades. O relatório da Comissão Económica para a África e as repercussões da Cimeira dos Live 8 e da Cimeira dos G8 de 2005 chamaram de forma sem precedentes a atenção externa para a esperança no desenvolvimento e na mudança. Em África, os líderes governamentais, a União Africana e os organismos regionais de saúde estão a arquitectar planos estratégicos para alcançarem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Os parceiros para o desenvolvimento estão a ser chamados à responsabilidade para que deem um novo tipo de apoio aos países africanos.

Há igualmente novas oportunidades para os recém-nascidos. Pela primeira vez, as políticas globais estão a tomar em consideração os quatro milhões de mortes anuais de recém-nascidos - mais do que as mortes causadas pela SIDA e pela malária em conjunto. No passado, os recém-nascidos morriam sem disso haver conhecimento e nem sequer constavam das estatísticas, mas os doadores começam agora a reconhecer que a saúde dos recém-nascidos é uma prioridade. Os governos, as comunidades e as famílias deverão igualmente considerar como prioritários os recém-nascidos, que são os membros mais vulneráveis da nossa sociedade.

Este livro reúne muitos dos peritos e líderes africanos das áreas materno-infantil e dos recém-nascidos, peritos e líderes que fazem parte desta nova esperança. Ao trabalharem juntos nesta publicação, o trabalho de equipa para salvar os recém-nascidos de África avançou. Agora dependerá de nós, os que a vamos utilizar, alcançar todas as mulheres, todos os bebés e todas as crianças africanas com intervenções essenciais que salvem as suas vidas. Todos nós temos um papel a desempenhar: como funcionários governamentais para orientar e dirigir, como decisores de políticas para garantir intervenções essenciais e equidade, como parceiros e doadores para apoiarmos os programas, como trabalhadores da saúde para prestarmos serviços de alta qualidade, e como seres humanos, para pugnarmos por mais acções em prol dos recém-nascidos africanos, das suas mães e das crianças.

Sua Excelência a Embaixadora Dr.^a Gertrude I. Mongella
Presidente do Parlamento Pan-Africano, União Africana
www.panafricanparliament.org

Prefácio

Melhorar a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos africanos fará progredir a integração da saúde materno-infantil, mas isso não será possível sem a colaboração das parcerias



A publicação *Oportunidades para os recém-nascidos em África* representa um marco histórico no esforço para salvar quatro milhões de bebés que morrem, todos os anos e em todo o mundo, de causas evitáveis e tratáveis, especialmente os 1,16 milhões de recém-nascidos que morrem em África. Publicado sob o patrocínio da instituição “Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PSMNI)” e elaborado por uma equipa de 60 autores, muitos dos quais são africanos ou trabalham em África, esta publicação ajuda a reforçar a energia no sentido da integração dos esforços globais que se desenvolvem para salvar anualmente 11 milhões de vidas maternas, neonatais e infantis, ao promover a prestação de cuidados continuados de saúde para salvar essas vidas.

A saúde dos bebés recém-nascidos não tem sido tratada como devia e tem sido negligenciada. Os governos, os organismos internacionais, os executantes de programas e os doadores, têm-se ocupado mais da saúde das mulheres, da saúde das crianças, ou das doenças infecciosas, por meio de programas “verticais”, separados e muitas vezes competitivos. Esta situação não tem ajudado os países a erigirem sistemas de saúde fortes e integrados. Uma consequência específica desta prática tem sido a inexistência de cuidados de saúde para os recém-nascidos em muitos programas fundamentais.

O recém-nascido é um elo fundamental entre os cuidados de saúde maternos e os cuidados de saúde infantis e é decisivo para o paradigma dos cuidados continuados de saúde que ligam entre si os cuidados de saúde a prestar às mães, às crianças e aos recém-nascidos. O parto e a primeira semana da vida de um bebé são um período de tempo em que as mães e as crianças correm os maiores e mais graves riscos. Porém, em África, menos de metade das mulheres dão à luz com assistência de profissionais especializados e ainda menos beneficiam de cuidados de saúde pós-natal eficazes. Os progressos que se alcançarem relativamente a uma maior cobertura das intervenções essenciais descritas nesta publicação irão beneficiar tanto as mães quanto os recém-nascidos e fazer-se sentir muito para além do período pós-natal, o que irá promover o bem-estar e a saúde infantil e das crianças com mais idade.

A publicação *Oportunidades para os Recém-nascidos em África* irá promover a integração e o incremento de intervenções destinadas a diminuir o número de mortes de recém-nascidos em África, onde a taxa de mortalidade dos recém-nascidos é a mais elevada do mundo. Em média, 41 de cada 1 000 bebés morrem no primeiro mês de vida. As mensagens desta publicação terão de ser convertidas em medidas adequadas a fim de se modificar a situação actual de negligência. É de importância extrema que os governos nacionais liderem este esforço e que a comunidade internacional desempenhe um papel complementar mobilizando, em devido tempo, os recursos adicionais necessários. A grande questão é saber como trabalhar conjuntamente numa parceria eficaz para acelerar as acções, melhorar os serviços de saúde estruturais, e conseguir alcançar uma cobertura elevada e equitativa das intervenções essenciais. Muito se poderá conseguir através de uma melhor integração dos programas e de uma harmonização das actividades dos doadores, mas serão necessários mais financiamentos, especialmente nos países mais pobres.

A saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças representa o bem-estar da sociedade. Temos de trabalhar agora em conjunto e de aproveitar esta oportunidade para apoiarmos os governos nacionais a tornarem operacionais os programas e a promoverem a saúde dos recém-nascidos no contexto da melhoria de sistemas de saúde que funcionem, para bem das mães, dos recém-nascidos e das crianças.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Francisco Songane'.

Dr. Francisco Songane
Director da Parceria para a Saúde Materno-Infantil & dos Recém-Nascidos
Genebra, Suíça
<http://www.who.int/pmnch/about/secretariat/en/>

Introdução

Esta publicação ajuda a colmatar o fosso que existe entre as políticas e as acções no que se refere à Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Trata-se de um recurso fundamental para as populações africanas e de outros países.



O ponto fulcral das políticas de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI) em África foi reforçado nos últimos anos. A União Africana possui agora três estratégias regionais em várias fases de desenvolvimento:

- Roteiro para a diminuição da mortalidade materno-infantil e dos recém-nascidos (2004)
- Quadro da Sobrevivência Infantil (2005)
- Plano de Acção de Maputo para a Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2006)

Cada uma destas políticas-quadro permite que os governos nacionais as adaptem e as implementem de acordo com as necessidades e características do seu país, com o apoio de parceiros e ao abrigo dos princípios da Declaração de Paris sobre a eficácia das ajudas - “Um só plano, um só mecanismo de coordenação, um só mecanismo de monitorização e de avaliação”. 35 países já iniciaram o processo que os levará a um Roteiro nacional, processo que arrancou com a “MNCH Task Force” em 2004. Estas políticas-quadro representam um grande avanço, mas constituem apenas um primeiro passo na via que levará a salvar vidas pelo aumento das áreas de cobertura das intervenções essenciais. O tempo escasseia - só nos restam nove anos antes da meta de 2015 para se alcançarem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). A África pode e deve acelerar a marcha dos acontecimentos.

A publicação *Oportunidades para os recém-nascidos em África* ajuda a colmatar o fosso existente entre as políticas e as acções no que se refere à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI). O recém-nascido está no âmago dos cuidados continuados de saúde. Uma atenção sistemática prestada à melhoria e ao alargamento dos cuidados de saúde que lhe devem ser prestados no âmbito dos planos e dos programas nacionais será recompensada pela prestação de melhores serviços de SMNI. Esta publicação inclui os seguintes temas:

A Secção I põe em destaque as mortes de recém-nascidos em África, o que é complementado pelos perfis apresentados na Secção V, que mostram qual é a situação fundamental da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em 46 países de África, incluindo os progressos já alcançados no sentido do 4º objectivo dos ODM, a cobertura dos cuidados continuados de saúde prestados, a avaliação da equidade e a análise do financiamento destinado à saúde, fornecendo dados para a tomada de decisões na área das políticas e dos programas de SMNI.

A Secção II descreve os cuidados continuados de saúde essenciais para a articulação da prestação de cuidados de saúde de qualidade a uma rapariga, a uma mulher, a um bebé, e a uma criança, e que integrem programas de SMNI, e refere a estrutura básica ou linha dorsal de um sistema de saúde eficiente. Muitas mortes de mães e de recém-nascidos acontecem em casa e são devidas a demoras que nelas ocorrem. São por isso também cruciais melhores ligações entre as famílias e os serviços.

A Secção III contém nove capítulos que pormenorizam o modo como se podem melhorar os programas fundamentais de SMNI e os cuidados continuados de saúde, destacando as oportunidades imediatas que se apresentam para interligar a saúde dos recém-nascidos com estes programas.

A Secção IV analisa o que podemos aprender de seis países que estão a fazer progressos. Descrevem-se as medidas práticas a adoptar para se acelerarem as acções, interligando-as com o planeamento nacional. É necessário mais investimento, mas também é necessária uma utilização mais eficaz das oportunidades e dos recursos existentes. As organizações profissionais têm um papel importante a desempenhar, visto que as parteiras, os médicos, os obstetras e os pediatras constituem uma interface dos cuidados de saúde especializados. Delegar certos papéis específicos a trabalhadores comunitários e a quadros intermédios ligados a equipas tem um potencial próprio para acelerar o progresso. Melhorar a monitorização e analisar os progressos alcançados é fundamental para a qualidade dos serviços de saúde prestados e o mesmo se pode dizer da atenção prestada ao fornecimento fiável e credível de produtos e de matérias-primas.

O **CD junto** descreve o planeamento fundamental do programa e as orientações para a sua implementação, assim como matérias e dados adicionais.

Esta publicação constitui um recurso fundamental para muita gente em África e não só, e deverá catalisar os progressos no sentido de uma cobertura universal de serviços de saúde, com destaque especial para a cobertura dos serviços prestados aos pobres. Temos de ultrapassar a burocracia habitual e passar a algo mais substancial: mais liderança governamental, mais espírito de parceria, mais planeamento harmonizado, mais investimento, mais pessoal, mais formação profissional, mais monitorização, mais produtos e mais materiais, e também maior responsabilização.

Professor E. Oluwale Akande
Chair, African Regional Maternal, Newborn and Child Health MCH Task Force
(Task Force Regional Africana para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil - SMNI)

Oportunidades para os Recém-Nascidos em África

Todos os anos, na África Sub-Sahariana, morrem 1,16 milhões de bebés no primeiro ano de vida, e mais um milhão de bebés são nados-mortos. Recentemente, vários países africanos de grande dimensão fizeram alguns progressos na diminuição da mortalidade infantil, dando assim novas esperanças quanto ao alcance do 4º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) que consiste na diminuição em dois terços, entre 1990 e 2015, da mortalidade das crianças com menos de cinco anos. Até agora, em África, tem havido progressos limitados na diminuição das mortes no primeiro mês de vida e, especialmente, na primeira semana de vida. No primeiro dia de vida morrem em África cerca de meio milhão de bebés. Alcançar os desideratos do 4º objectivo dos ODM relativos à sobrevivência infantil em África depende de mais atenção e de mais acções para também se reduzir a mortalidade dos recém-nascidos (vide mais na Secção I).

De acordo com uma nova análise apresentada nesta publicação, dois terços das mortes dos recém-nascidos em África poderiam ser evitadas - o que significa 800 000 vidas salvas anualmente - se intervenções essenciais já previstas nas políticas de saúde atingissem 90 por cento das mães e dos recém-nascidos africanos. Os programas existentes proporcionam muitas oportunidades para se melhorarem ou integrarem os cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos (vide mais na Secção II).

Melhorar, como a seguir se indica, os pacotes essenciais de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI) integrados nos cuidados continuados de saúde: (vide mais na Secção III)

- Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez (capítulo 1)
- Cuidados pré-natais (capítulo 2)
- Cuidados durante o parto (capítulo 3)
- Cuidados pós-natais e aos recém-nascidos (capítulo 4)
- Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) (capítulo 5)
- Promoção da nutrição e da amamentação (capítulo 6)

Integração com outros programas fundamentais:

- Programas de Prevenção da Transmissão do VIH de Mãe para Filho (PTVIHMF) (capítulo 7)
- Programas de controlo da malária (capítulo 8)
- Programas de vacinação (capítulo 9)

Melhoria das ligações entre os lares e os serviços de saúde:

- Atribuição de poderes às famílias e às comunidades - aumento da procura
- Garantia da qualidade dos cuidados de saúde nos serviços - melhoria da oferta
- Estimulação de estratégias inovadoras e eficazes, especialmente para se abrangerem os que ainda são servidos deficientemente

Os investimentos para salvar as vidas de recém-nascidos também salvam as mães e as crianças (vide mais na página 25). No ano de 2004, os países da África Sub-Sahariana despenderam uma verba calculada em 0,58 cêntimos de dólar *per capita* com despesas correntes de pacotes essenciais de SMNI. Em muitos países africanos, especialmente da África Ocidental, a maioria dessa verba é cobrada às famílias pobres. Custaria apenas mais 1,39 dólares *per capita* por ano

fornecer a 90 por cento das mulheres e dos bebés da África Sub-Sahariana todos os pacotes essenciais de saúde. Para melhorar os serviços de todo o continente seria necessário despende um custo adicional total de aproximadamente 1 milhar de milhões de dólares por ano. Este cálculo inclui o custo dos recursos humanos, o dos aprovisionamentos e o dos equipamentos, assim como a manutenção das instalações dos serviços, mas não inclui custos importantes para a construção de novos edifícios. Apenas 30 por cento daquele valor total se destinam a intervenções especificamente orientadas para os recém-nascidos, pelo que a maioria do investimento acarreta benefícios directos para as mães e para as crianças mais velhas.

Os países pobres estão a fazer progressos o que significa que de África vêm boas notícias! Alguns países conseguiram reduzir a taxa de mortalidade dos recém-nascidos e das crianças com idade inferior a cinco anos. Seis países - a Eritreia, o Malawi, o Burkina-Faso, Madagáscar, a Tanzânia e o Uganda conseguiram taxas de mortalidade neonatal entre 24 e 32 por 1 000 nados-vivos, apesar de terem um Produto Nacional Bruto

per capita inferior a 400 dólares por ano. Alguns destes países reduziram igualmente a taxa de mortalidade materna. As experiências destes países constituem exemplos valiosos de liderança, de gestão local distrital, de focalização no melhoramento das intervenções essenciais e de abordagens adequadas para a protecção das famílias pobres contra a escalada dos custos de saúde. Vários governos africanos aboliram recentemente as taxas moderadoras dos serviços de saúde materno-infantis e dos recém-nascidos, e ainda as das intervenções de emergência para salvar vidas, como as intervenções urgentes para partos por cesariana.



Constatações fundamentais - O destino dos recém-nascidos africanos, das suas mães e das crianças está intimamente relacionado

QUEM?	QUANDO?	PORQUÊ?
<p>Todos os anos engravidam em África 30 milhões de mulheres e 18 milhões dão à luz em casa, sem a assistência de profissionais de saúde.</p> <p>Todos os dias em África:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 700 mulheres morrem de causas relacionadas com a gravidez. • 3 100 recém-nascidos morrem e outros 2 400 são nados-mortos. • 9 600 crianças morrem após o seu primeiro mês de vida e antes do seu quinto aniversário. • Uma em cada 4 mortes de crianças africanas (com menos de cinco anos) são bebés recém-nascidos. 	<p>O nascimento, o primeiro dia e a primeira semana de vida representam momentos críticos de causas de morte e é nessas ocasiões que diminui a cobertura dos cuidados de saúde - metade das mulheres africanas e dos seus bebés não beneficiam de cuidados profissionais de saúde durante o parto e menos ainda beneficiam de cuidados de saúde pós-natal. Este é também o momento crucial para outras intervenções, especialmente o da prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho e o da iniciação à amamentação.</p>	<p>As três causas principais de morte dos recém-nascidos são as infeções, a prematuridade e a asfixia. Subjacente às mortes da maioria dos recém-nascidos está o baixo peso à nascença e as interligações com os aspectos da saúde, da nutrição e das infeções maternas, como a malária e o VIH.</p>

Um recém-nascido saudável transformará o futuro

Intervenções assentes nos sintomas para salvar as vidas dos recém-nascidos

Pacotes a aplicar ao longo da prestação contínua de cuidados de saúde	Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Educação com igualdade de oportunidades para as raparigas • Promoção da nutrição, especialmente nas raparigas e nos adolescentes • Prevenção das mutilações genitais femininas • Prevenção e manejo do VIH e das infeções sexualmente transmitidas (IST) • Planeamento familiar
	Cuidados de saúde durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo Pré-natal especializado (CPN) <ul style="list-style-type: none"> – Pelo menos 2 doses de vacinação com toxoide tetânico (TT2+) – Manejo da sífilis e das infeções sexualmente transmitidas (IST) – Manejo da pré-eclâmpsia – Tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIPMG) e redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI) – Prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho • Preparação para o parto e para as situações de emergência nos lares, procura de cuidados de saúde
	Cuidados de saúde durante o parto	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência de profissionais de saúde à nascença • Cuidados obstétricos de emergência • Melhoria da interligação entre os lares e os serviços de saúde • A mulher escolhe que o seu companheiro esteja presente durante o parto • Quando não exista assistência por profissionais de saúde, haverá apoio doméstico para práticas higiénicas de parto e cuidados essenciais ao recém-nascido (secar o bebé, aquecimento, higiene e limpeza e amamentação exclusiva precoce)
	Controlo Pós-Natal	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo Pós-Natal de rotina (CPósN) para identificação precoce de doenças e encaminhamento para os serviços competentes para cuidados preventivos: <ul style="list-style-type: none"> – Para a mãe: Promoção de comportamentos saudáveis, reconhecimento de sinais de perigo e planeamento familiar – Para o bebé: Promoção de comportamentos saudáveis - higiene, aquecimento, amamentação, reconhecimento de sinais de perigo, assistência profiláctica em oftalmologia e vacinações de acordo com as políticas locais • Cuidados de saúde adicionais a bebés de pequena dimensão ou a bebés com outros problemas (por exemplo, mães com VIH/SIDA)
	Atenção integrada às doenças da infância	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão e prestação de cuidados de saúde no caso de bebés com baixo peso à nascença, incluindo a adopção da prática "Método Mãe Canguru, MMC" • Prestação de cuidados de saúde de emergência ao recém-nascido em casos de doença, especialmente em casos de septicémia
Programas transversais	Promoção da nutrição e da amamentação	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da nutrição, especialmente nas raparigas e nas adolescentes • Nutrição materna durante a gravidez • Amamentação precoce e exclusiva dos bebés
	Prevenção da transmissão vertical de mãe para filho do VIH (PTV)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção do VIH e das DST, e impedimento de gravidez não pretendida entre as mulheres infectadas com o VIH • PTV por meio de terapia anti-retroviral e de práticas mais seguras de nutrição infantil
	Controlo da malária	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez (TIPM) e redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) para evitar a malária
	Vacinações	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação das mulheres grávidas com o toxóide tetânico (pelo menos 2 doses)

Constatações fundamentais - O destino dos recém-nascidos africanos, das suas mães e das crianças está intimamente relacionado

SERÁ QUE ESTAMOS A ATINGIR OS OBJECTIVOS?	SOLUÇÕES PARA AS MORTES DOS RECÉM-NASCIDOS?	E O CUSTO?
Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) galvanizaram muitas atenções, mas as acções não estão a ocorrer com rapidez suficiente em África. Tratar da saúde dos recém-nascidos é um catalisador para melhorar a saúde materno-infantil e para acelerar o progresso no sentido do 4º objectivo dos ODM (sobrevivência infantil), do 5º objectivo dos ODM (saúde materna) e do 6º objectivo dos ODM (VIH/SIDA, tuberculose e malária).	Dois terços das mortes de recém-nascidos poderão ser evitados por meio de uma cobertura elevada dos pacotes já existentes de cuidados de saúde essenciais materno-infantis e dos recém-nascidos (SMNI), desde que se reforcem alguns aspectos dos seus cuidados de saúde específicos. Diariamente podem salvar-se mais de 2 000 vidas de recém-nascidos. O caminho a seguir é a prestação de intervenções de saúde continuadas que liguem as mães, os recém-nascidos e as crianças ao longo da vida e os diversos níveis dos serviços de saúde.	O custo é acessível e significa mais 1,39 dólares <i>per capita</i> , e dois terços deste valor vão para os cuidados de SMNI. Investir nos cuidados de saúde aos recém-nascidos beneficia também as mães e as crianças mais velhas.

Oportunidades fundamentais das políticas e programas de salvação de vidas de recém-nascidos

- Retardar a primeira gravidez até depois dos 18 anos de idade e espaçar cada gravidez até pelo menos 24 meses após o último nascimento
- Prevenir e gerir o VIH e as DST, especialmente entre as raparigas adolescentes
- Aumentar a qualidade dos CPN dedicados (Controlos Pré-Natais Dedicados), garantindo que as mulheres tenham direito a quatro consultas e a todas as intervenções baseadas em diagnósticos e previstas nos CPN dedicados
- Promover cuidados de saúde melhorados para as mulheres no seu domicílio e procurar oportunidades de envolver activamente as mulheres e as comunidades para que analisem se os serviços de SMNI estão a satisfazer as suas necessidades
- Aumentar a disponibilidade de cuidados especializados durante o parto e garantir que os profissionais especializados sejam competentes na prestação de cuidados essenciais aos recém-nascidos e na reanimação
- Incluir os cuidados neonatais de emergência sempre que se proceda à melhoria dos cuidados obstétricos de emergência
- Promover melhores ligações entre o domicílio dos utentes e os serviços (p. ex. serviços de transporte de emergência)
- Criar um consenso global relativamente a um pacote de CPósN (Controlo Pós-Natal)
- Investigar o modo de funcionamento dos serviços em África para testar os modelos dos CPósN, incluindo os cuidados de saúde a nível da comunidade, a fim de acelerar a introdução de melhorias nos serviços
- Adaptar as regras do manejo de casos da AIDI a fim de tratar as doenças dos recém-nascidos e implementar esta acção gradualmente
- Garantir que os hospitais possam prestar cuidados de saúde aos bebés com Baixo Peso (BP), incluindo serviços MMC (Kangaroo Mother Care) e apoio à alimentação
- Melhorar as práticas comunitárias de saúde dos recém-nascidos
- Tratar a anemia durante a gravidez por meio de suplementos de ferro e de folatos, de tratamentos contra os ancilóstomos e da prevenção da malária
- Rever e melhorar as políticas e os programas a fim de apoiar a amamentação precoce e exclusiva, adaptando a Estratégia Global para a Alimentação Infantil e das Crianças - Global Strategy for Infant and Young Child Feeding
- Alargar a cobertura da PTDMF - PPTV (Prevenção da Transmissão de Doenças de Mãe para Filho), especialmente através de Controlo Pré-Natal (CPN) e de Controlo Pós-Natal (CPósN) e melhorar a sua integração, especialmente com o CPN (Controlo Pré-Natal) e com o Controlo Pós-Natal (CPósN).
- Aproveitar as oportunidades proporcionadas pela expansão dos programas do VIH para melhorar os serviços de SMNI (e.g. o rastreio de mulheres e de bebés, especialmente no período Pós-natal, melhores serviços laboratoriais e melhor gestão dos aprovisionamentos)
- Aumentar a cobertura das RMTI e dos COE para tratar a malária durante a gravidez
- Aproveitar o actual impulso dos programas de luta contra a malária para melhorar os serviços de SMNI (e.g. laboratórios, aprovisionamento e mobilização social)
- Acelerar a eliminação do tétano materno e dos recém-nascidos
- Aproveitar a gestão correcta e o amplo alcance dos programas de vacinação para melhorar os serviços de SMNI (e.g. a mobilização social, as intervenções interligadas, e a monitorização)



Acções

Acções

Acções para os decisores de políticas em África	Acções para os gestores de programas e para os profissionais africanos
<p>As oportunidades e lacunas dos serviços de SMNI são diferentes de país para país, mas as realidades seguintes são notórias entre os países que estão a fazer progressos nos serviços de SMNI:</p> <p>Liderança responsável: Os países que fazem um esforço para reduzir a mortalidade dos recém-nascidos podem ser creditados por possuírem uma liderança responsável e uma boa gestão como factores importantes para definir a orientação e para manter concentradas a atenção e a acção. Uma boa liderança maximiza os trabalhos de equipa e a utilização dos recursos existentes num país ou numa organização estatal, e também atrai investimentos externos com mais oportunidades de harmonização.</p> <p>Estabelecimento de bons relacionamentos entre as políticas nacionais e as acções distritais: Quase todos os países que estão a fazer progressos possuem estratégias de diminuição da pobreza e planos de reforma do sector da saúde. É frequente que haja lacunas entre o planeamento estratégico a nível nacional e as acções a nível de distrito. Os decisores de políticas da Tanzânia, por exemplo, reconheceram este desafio e delegaram responsabilidades nas equipas de gestão distrital que distribuem verbas do orçamento local de acordo com as necessidades de saúde locais, o que tem como resultado que as despesas com a sobrevivência infantil sejam mais eficazes e que haja aumentos regulares na cobertura das intervenções essenciais.</p> <p>Atribuição de poderes e de responsabilidades às comunidades e às famílias: Grande parte dos cuidados prestados às mães, aos recém-nascidos e às crianças ocorre no domicílio. As mulheres e as famílias não são meramente espectadoras. Se lhes foram atribuídos esses poderes, podem constituir uma parte da solução para salvar vidas e para promover comportamentos saudáveis, incluindo a procura de cuidados de saúde especializados em partos, no reconhecimento de sinais de perigo e na localização de serviços de saúde. As soluções comunitárias criativas, como os transportes de emergência e os sistemas de pré-pagamento podem ser eficazes.</p> <p>Empenho evidente em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Praticar políticas</i> que apoiem a cobertura crescente das intervenções e dos pacotes essenciais dos serviços de SMNI. O Roteiro Africano para a diminuição da mortalidade materna e dos recém-nascidos e o quadro regional da OMS/UNICEF/Banco Mundial para a sobrevivência infantil constituem oportunidades para acelerar os progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM (sobrevivência infantil) e do 5º (saúde materna) em todos os países de África, e contribuir para se alcançar o 6º objectivo dos ODM quanto à diminuição da malária e do VIH/SIDA. Contudo, isto exige uma concentração consistente de nível elevado em planos quinquenais e decenais. • <i>Mobilizar recursos</i> e aumentar os investimentos na saúde, de acordo com os objectivos de Abuja para o financiamento governamental da saúde. Além disso, é necessário prestar uma atenção específica à protecção dos pobres, em especial no que se refere aos custos potencialmente catastróficos das emergências obstétricas. • <i>Maximizar os recursos humanos</i> incluindo a utilização de trabalhadores comunitários quando isso for conveniente. • <i>Medir os progressos</i> e articular os dados com o processo de tomada de decisões. Isto implica que se preste atenção à prestação dos serviços, assim como responsabilidade e propriedade pública dos serviços. 	<p>Os planos bem sucedidos que conduzem a acções exigem tanto boas políticas como bons políticos. Um planeamento eficaz implica dois processos paralelos e interdependentes como segue:</p> <p><i>Um processo político participativo</i> identifica e integra partes interessadas fundamentais, como representantes de grupos de mulheres e de comunidades. Este processo facilita um ambiente político motivador no seio de qualquer plano e aumenta a probabilidade de aumento dos recursos necessários à implementação.</p> <p><i>Um processo sistemático de gestão e de aceleração</i> permite uma adequada atribuição de recursos escassos. Esta gestão pode executar-se segundo os 4 passos seguintes:</p> <p>1º Passo. Realização no âmbito dos serviços de SMNI de uma análise de situação relativa à saúde dos recém-nascidos.</p> <p>2º Passo. Criar, aprovar e financiar um plano nacional incluído nas políticas nacionais existentes, que envolva abordagens faseadas para maximizar as vidas agora salvas, assim como sistemas de saúde globais que se reforcem ao longo do tempo.</p> <p>3º Passo. Implementar intervenções e melhorar o sistema de saúde, prestando uma atenção especial aos recursos humanos. Por exemplo, a África necessita de mais 180 000 parteiras nos próximos 10 anos para melhorar os cuidados de saúde especializados durante o parto. Os planos de recursos humanos deverão centrar-se não apenas na formação profissional, mas também na conservação e na manutenção do pessoal existente.</p> <p>4º Passo. Monitorizar o processo e avaliar os resultados, os custos e as entradas financeiras. Se as mortes de recém-nascidos forem neste momento significativamente subavaliadas, a avaliação dos progressos pode ser enganadora. A qualidade dos dados, a frequência da sua recolha e a utilização de dados para o processo de tomada de decisões são operações cruciais. Além da contagem das mortes, o rastreio da cobertura de intervenções essenciais e das entradas financeiras é também de importância crucial.</p>
<h2>Acções</h2>	
<h3>Para os parceiros a fim de ajudarem a acelerar os progressos em África</h3>	
<p>As parcerias são indispensáveis a uma acção eficaz. Os parceiros têm um papel essencial a desempenhar na salvação de vidas, utilizando os seguintes princípios:</p> <p>Princípio 1. Aumento dos financiamentos para as intervenções essenciais dos SMNI. Estas intervenções que salvam mães, bebés e crianças, são altamente eficazes em termos de custos. Os investimentos são da responsabilidade dos países ricos e pobres, de doadores internacionais e dos líderes nacionais. É necessário um aumento triplo ou quíntuplo dos financiamentos.</p> <p>Princípio 2. Manter os governos no controlo das situações e no apoio às prioridades nacionais, de acordo com os princípios da Declaração de Paris: um só plano, um só mecanismo de coordenação e um só sistema de monitorização para reduzir o peso dos custos de gestão e do relato de informações.</p> <p>Princípio 3. Melhorar a harmonização entre os parceiros. A convergência dos doadores permite maior flexibilidade e melhores tomadas de decisões ao nível de cada país. Este é o princípio basilar da "Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil" (PSMNI).</p>	

Os recém-nascidos africanos são o futuro de África

Até há pouco, as mortes dos recém-nascidos em África nem sequer constavam das estatísticas, porque não eram contadas. A nova atenção que agora se presta aos recém-nascidos africanos - os membros mais vulneráveis da sociedade - é uma oportunidade para se acelerarem as acções necessárias à diminuição do número dessas mortes, mas é-o também para se melhorarem os serviços de Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI) e para que estes se integrem mais eficazmente com os programas existentes.

Se se aumentar para 90 por cento a cobertura das intervenções essenciais, poder-se-ão salvar anualmente até 800 000 vidas de recém-nascidos em África. O custo desta acção é muito aceitável, representando um adicional de 1,39 dólares *per capita* e este investimento salvaria igualmente as vidas de muitas mães e crianças.

Sua Excelência a Embaixadora Dr.^a Mongella, presidente do Parlamento Pan Africano, disse:

“Agora, alcançar todas as mulheres, todos os bebés e todas as crianças africanas com intervenções essenciais e que salvem vidas, dependerá de nós, os utilizadores desta publicação. Todos nós temos um papel a desempenhar: como funcionários governamentais para orientar e dirigir, como decisores de políticas para garantir intervenções essenciais e equidade, como parceiros e doadores para apoiarmos programas, como trabalhadores da saúde para prestarmos serviços de alta qualidade, e como seres humanos, para pugnarmos por mais acções em prol dos recém-nascidos africanos, das suas mães e das crianças”.



Apelo à acção para salvar a vida dos recém-nascidos africanos

Apelo à acção a nível nacional

- ▶ No final de 2007, elaborar e publicar um plano de acção para se atingirem metas nacionais de sobrevivência neonatal, correlacionado com um Roteiro para diminuição da mortalidade materna e dos recém-nascidos e com outras estratégias relevantes para a saúde reprodutiva e para a sobrevivência infantil. Este plano deve basear-se em análises de situação, com uma taxa de mortalidade de referência e uma taxa alvo de mortalidade neonatal (TMN), fundamentadas em intervenções baseadas em evidências e estratégias específicas que tenham por objectivo alcançar as famílias mais pobres.
- ▶ Financiar a implementação do plano de acção através da identificação e da mobilização de recursos internos, procurando apoio externo quando necessário, e garantindo que os pobres não sejam esquecidos aquando dos esforços desenvolvidos para a melhoria dos serviços.
- ▶ Implementar o plano inserindo-o nos programas de saúde materno-infantil, com metas e calendários definidos, e faseando os progressos a alcançar para que as intervenções essenciais vão atingindo um patamar de cobertura universal da população.
- ▶ Monitorizar os progressos e publicar os resultados regularmente. Estabelecer ligações com processos de monitorização já existentes, como as revisões periódicas do sector da saúde, com o envolvimento da sociedade civil. Contar todos os recém-nascidos e fazer com que eles contem!

Apelo à acção a nível internacional

- ▶ Incluir a taxa de mortalidade neonatal (TMN) como indicador a ter em conta no 4º Objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), com uma meta de 50 por cento de diminuição entre 2000 e 2015. Publicar dados sobre a TMN em relatórios globais de periodicidade anual.
- ▶ Captação de recursos financeiros suficientes para satisfação das necessidades adicionais identificadas pelos países e que lhes permitam alcançar um elevado nível de cobertura no que se refere a intervenções na área da saúde.
- ▶ Defender a convergência de interesses entre parceiros e doadores a nível de país, tal como acontece na Parceria para a Saúde Materno-Infantil e dos Recém-Nascidos (PSMNI), a fim de aumentar a eficiência e de reduzir os custos financeiros a suportar pelos governos nacionais.
- ▶ Investir na investigação dos sistemas de saúde para dar resposta a perguntas do tipo “como fazer” para salvar as vidas dos recém-nascidos, dando uma ênfase especial a áreas anteriormente negligenciadas, como a dos nados-mortos e a dos desfechos não fatais por ocasião dos partos.

Siglas

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPN	Baixo Peso à Nascimento	SMNI	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
COE	Cuidados Obstétricos de Emergência	TCS	Trabalhador Comunitário de Saúde
CPN	Controlo Pré-Natal	TIPMG	Tratamento Intermitente Preventivo da Malária durante a Gravidez
CPósN	Controlo Pós-Natal	TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde	TMM	Taxa de Mortalidade Materna
MGF	Mutilação Genital Feminina	TMN	Taxa de Mortalidade Neonatal
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys (Inquéritos por Cacho de Indicadores Múltiplos)	U5MR	Taxa de Mortalidade de Crianças com menos de 5 anos
MMC	Método Mãe Canguru	UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População (United Nations Population Fund)
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças (United Nations Children's Fund)
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO World Health Organization)	USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)
PSMNI	Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil	VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do VIH		
RMTI	Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticidas		

Vocabulário para recensear as mães, os recém-nascidos e as crianças

Mães

Rácio de mortalidade materna é o número de mortes maternas devidas a causas relacionadas com a gravidez por cada 100 000 nados-vivos.

Nados-mortos

Taxa de nados-mortos é o número anual de bebés nascidos mortos após 28 semanas de gestação (mortes fetais tardias) por cada 1 000 nascimentos.

Recém-nascidos

Taxa de mortalidade neonatal é o número de mortes neonatais (mortes ocorridas nos primeiros 28 dias de vida) por cada 1 000 nados-vivos. *Mortes neonatais precoces* são as que ocorrem na primeira semana de vida.

Mortes neonatais tardias são as mortes que ocorrem entre a segunda e a quarta semanas, i.e. entre o 7º dia e o 28º dia.

Recém-nascido refere-se ao bebé acabado de nascer e não tem uma definição específica quanto ao período de tempo, mas assume-se frequentemente que se trata do primeiro mês de vida.

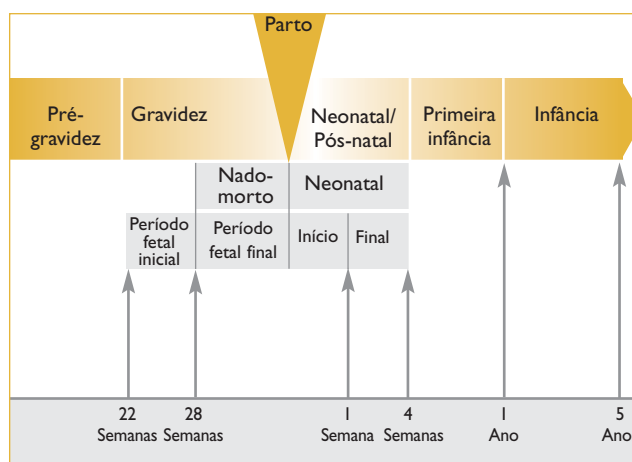
Bebés pequenos

A expressão baixo peso à nascença aplica-se a bebés nascidos com um peso à nascença de menos de 2 500 gramas, o que se pode dever a:

- *Crescimento intra-uterino deficiente* - bebés nascidos após o número completo de semanas de gestação (37 a 42 semanas de gestação, ou nascimentos de termo) mas que são mais pequenos do que o tamanho esperado (são pequenos para a sua idade gestacional). Isto pode dever-se a um determinado número de causas que incluem uma pequena dimensão da mãe, causas obstétricas (como acontece com os gémeos ou na gravidez múltipla, e com a hipertensão durante a gravidez), infecções, deficiente nutrição ou esgotamento por excesso de trabalho.
- *Prematuros* - bebés nascidos antes das 37 semanas normais de gestação. Os bebés prematuros correm geralmente riscos de morte bastante mais elevados do que os bebés nascidos de termo e com dimensão normal. O risco é nestes casos 3 a 10 vezes maior do que aquele que correm os bebés de termo, mas que sofreram certas restrições de crescimento.
- *Alguns bebés são simultaneamente prematuros e têm um crescimento intra-uterino insuficiente* - isto aplica-se a muitos gémeos e a outros nascimentos múltiplos. A malária durante a gravidez pode causar nascimentos prematuros ou crescimentos intra-uterinos insuficientes, ou ambos os efeitos.

Crianças

A taxa de mortalidade das crianças com menos de 5 anos de idade é o número de crianças que morrem anualmente entre o parto e os 5 anos, por cada 1000 nados-vivos.



Períodos de tempo

O período *pós-natal* é o período após o nascimento e inclui tanto a mãe como o bebé. Este período não está exactamente bem definido, mas neste livro assumiremos que se refere às 6 semanas após o nascimento. O período *pós-parto* aplica-se ao mesmo lapso de tempo, mas refere-se especificamente à mãe. O termo perinatal pode ser confuso porque se pode referir a uma variedade de períodos de tempo, dependendo da definição usada. Na *Classificação Internacional de Doenças, Perinatal* é o termo também usado para designar algumas, mas não todas as causas de morte neonatais, excluindo-se as septicémias, as pneumonias ou as anormalidades congénitas. Por conseguinte, esta publicação evitará o uso da palavra perinatal e referir-se-á sempre ao período de tempo real, desfecho (e.g., nados-mortos ou morte neonatal), ou causa de morte específica.

Nas notas da página 226 encontrar-se-ão definições e notas pormenorizadas sobre as definições, fontes de dados e limitações.

Os Recém-nascidos Africanos - como contá-los e fazer com que contem!

Joy Lawn, Pyande Mongi, Simon Cousens

Calcula-se que mais de um milhão de bebés africanos morrem durante as primeiras 4 semanas de vida - mas a maior parte deles morre em casa, não constando das estatísticas e permanecendo invisíveis para as políticas e programas nacionais e regionais. Para diminuir o número destas mortes, necessitamos de informações. Será que estamos a fazer progressos no sentido do 4º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, relativo à sobrevivência infantil? Onde, quando e por que razão ocorrem estas mortes de recém-nascidos? De que modo se interliga a saúde dos recém-nascidos com a saúde das mães e das crianças mais velhas?

As estimativas globais sugerem que mais de dois terços dos recém-nascidos poderiam ser salvos através de programas de saúde materno-infantil já existentes. Quantos bebés africanos poderiam ser salvos com intervenções que já integram certas políticas na maioria dos países africanos e que, contudo, ainda não chegam aos pobres? Como se poderiam melhorar e utilizar as informações sobre saúde para assim contar os recém-nascidos e fazer com que eles contem?



As mortes não contabilizadas de recém-nascidos africanos

Todos os anos, em África, morrem cerca de 500 000 mulheres devido a causas relacionadas com a gravidez, e aproximadamente 1 milhão de bebés são nados-mortos, dos quais pelo menos 300 000 morrem durante o trabalho de parto. Mais 1,16 milhões de bebés morrem no primeiro mês de vida - metade destes no primeiro dia - e mais 3,3 milhões de crianças morrerão antes de atingirem o seu quinto aniversário. Quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença e outros com complicações neonatais sobrevivem, mas não conseguirão atingir todo o seu potencial de vida, e um número semelhante de mulheres africanas passam por complicações não fatais devidas à gravidez.

Em África, desde há muitas gerações que se repete esta ladaínia de perdas - vidas perdidas e potencial perdido para melhores vidas - que tem sido considerada como norma. Muitas destas mortes, especialmente os nados-mortos e as mortes precoces de recém-nascidos ocorrem em casa, invisíveis e não contadas nas estatísticas oficiais. Em muitas sociedades, os bebés não são registados ou baptizados até atingirem as seis semanas de vida e podem não ser apresentados à sociedade até atingirem uma idade mais avançada. Estas tradições significam que quando um bebé morre, o luto das mães e das famílias é muitas vezes ocultado. Assim, estas tradições contribuem para o encobrimento da dimensão do problema e ajudam a perpetuar uma aceitação resignada do nascimento como um período de morte e de perigos, tanto para as mães como para os bebés.

A falta de reconhecimento público de tantas mortes entre os bebés de África e a aparente aceitação destas mortes contrasta com as montanhas de relatórios e de burocracia gerados pela morte de um bebé no mundo industrializado e com a revolta pública quando se detecta que se praticam cuidados de saúde abaixo das normas. Porém, há um século, as taxas de mortes maternas e de recém-nascidos na Europa eram semelhantes às de muitas partes de África hoje. Em 1905, a taxa de mortalidade neonatal (TMN) em Inglaterra era de 41 por cada 1 000 nados - vivos¹ - a média que hoje apresenta a África Sub-Sahariana. Nos anos 50 do século passado, a TMN em Inglaterra tinha baixado para metade (para 20 por 1 000) apesar de duas guerras mundiais e de uma década de depressão económica. Em 1980, a TMN tinha baixado de novo, mesmo antes de aos bebés se terem disponibilizado os cuidados intensivos.

Como pode a África, com todos os seus problemas, acelerar o progresso para reduzir pelo menos para metade na próxima década, as taxas de mortalidade materna, neonatal e das crianças com menos de cinco anos, a fim de cumprir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio? Uma medida importante para se alcançarem progressos consiste em utilizarem-se o melhor possível os dados existentes, em se melhorarem os dados e em interligarem-se estes dados com acções concretas. Existe muita informação disponível, mas nem sempre a utilizamos bem, seja para melhorar os programas, especialmente ao nível distrital, seja para testemunhar que os casos em questão merecem um maior investimento. O número de mulheres e de crianças que estão a morrer e as medidas que poderiam (e deveriam) ser tomadas para evitar essas mortes deveriam não só chegar ao conhecimento das audiências técnicas e dos decisores de políticas, mas deveriam também ser comunicadas às famílias e à sociedade civil. Os jornais africanos relatam regularmente notícias acerca do VIH/SIDA e responsabilizam os governos por não haver progressos. Contudo, as mortes maternas, dos recém-nascidos e das crianças, raramente surgem nas notícias - são perdas diárias que não são contabilizadas.

Para que se consigam verdadeiros progressos temos de encontrar modos de atribuir às famílias e às comunidades poderes para que modifiquem o que lhes seja possível e exigir os seus direitos de acesso a cuidados de saúde essenciais e de qualidade.

Pôr termo a este sofrimento começa por contar cada morte e fazer com que cada morte conte.

Os progressos assentam em contar cada nascimento e fazer com que cada mãe e cada criança contem e recebam os cuidados de saúde essenciais a que têm direito.

Progressos em direcção ao 4º objectivo dos ODM em África - A solução é a sobrevivência dos recém-nascidos

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) são os objectivos de saúde e desenvolvimento mais amplamente ratificados em toda a História. Quase todas as nações concordaram em alcançar estes oito objectivos interligados, que pretendem resolver os problemas da pobreza, da fome, da educação e da saúde em 2015. Já foram publicados muitos relatórios e foram assumidos muitos compromissos - mas será que estamos realmente a fazer progressos? Será que estão a morrer menos mães e crianças? Será que está a melhorar o acesso dos pobres aos cuidados essenciais de saúde?

O objectivo 4 dos ODM é atingir-se uma diminuição de dois terços na taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos entre 1990 e 2015. Em África, a diminuição média anual da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, entre 1960 e 1990, foi de dois por cento ao ano, mas os progressos desde 1990 têm sido muito mais lentos, a um ritmo de 0,7 por cento ao ano² (Figura I.1). É essencial compreender por que razão os progressos têm sido lentos se quisermos melhorar a situação das mães e dos recém-nascidos em África.

Se bem que o grande impacto do VIH/SIDA e dos factores macroeconómicos tenha sido muitas vezes citado como razões para o lento progresso da diminuição da mortalidade infantil em África³, outra barreira importante que se opõe ao progresso é o insucesso em reduzir as mortes de recém-nascidos (mortes nas primeiras quatro semanas de vida). Os programas de sobrevivência infantil centraram-se fundamentalmente nas causas importantes de morte *após* as primeiras quatro semanas de vida - pneumonia, diarreia, malária e doenças evitáveis com vacinações. Contudo, nos últimos quatro anos tornou-se óbvio que as mortes de recém-nascidos durante as primeiras semanas de vida representam uma proporção crescente de mortes antes da idade de cinco anos. Globalmente, quase 40 por cento das mortes antes dos cinco anos são mortes de recém-nascidos³. Por cada quatro crianças que morrem em África, uma é um recém-nascido. Como os programas de saúde infantil têm êxito em reduzir as mortes após o primeiro mês e o primeiro ano de idade, uma proporção crescente de mortes de crianças com menos de cinco anos será de recém-nascidos, pelo que terá de se agir para as reduzir⁴.

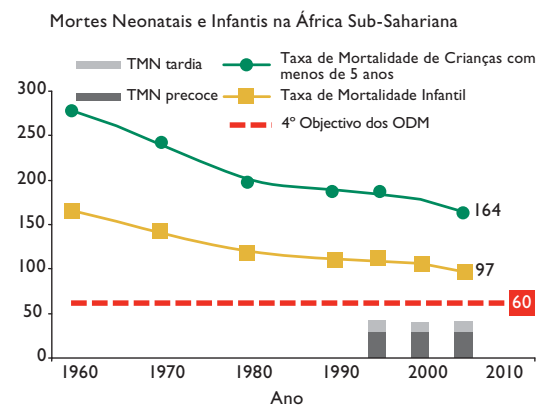
As mortes de recém-nascidos podem ser reduzidas se forem melhorados os cuidados de saúde a prestar-lhes que já estão previstos nos programas de saúde materno-infantil existentes. (Vide as Secções II e III) e se se prestar mais atenção para se abrangerem os que ainda não estão abrangidos pelos serviços de saúde. (Vide a Secção IV).

4º objectivo dos ODM - nova esperança para a África?

O lento declínio médio da taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco (TMCM5) em toda a África esconde diferenças importantes que existem entre os países. Desde os anos 90 do Século passado, alguns países, a maior parte deles com elevada prevalência de VIH, passaram por aumentos da TMCM5. Esses países incluem o Botsuana, o Zimbabué, a Suazilândia, o Quênia e a Costa do Marfim. A maior parte dos países africanos, incluindo muitos dos maiores países, têm passado, ou por TMCM5 estáticas na última década, ou fizeram progressos mínimos. Porém, alguns países conseguiram fazer progressos excelentes e consistentes na diminuição das taxas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. A Eritreia é um exemplo, tendo conseguido desde 1990 uma diminuição média anual de 4 por cento na taxa de mortalidade dessas crianças com menos de cinco anos, apesar de ter um dos mais baixos Produtos Internos Brutos (PIB) *per capita* do mundo e de ter passado por uma guerra (Figura I.2).

Para atingir o 4º objectivo dos ODM, a África Sub-Sahariana terá de alcançar uma diminuição média anual da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, de pelo menos 8 por cento durante a próxima década. Quatro países com pesados fardos neste domínio e com uma TMCM5 estável nos anos 90 - a Tanzânia, o Malawi e a Etiópia - comunicaram reduções de 25 a 30 por cento na TMCM5 ao longo dos últimos anos, com base em dados dos Inquéritos Demográficos e Sanitários (IDS) publicados no ano passado (Figura I.3). Estas estatísticas significam reduções anuais de mais de cinco por cento e sugerem que é de facto possível atingirem-se importantes decréscimos da taxa de mortalidade infantil.

FIGURA I.1 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM para salvar as vidas das crianças africanas. É necessária mais atenção para diminuir as mortes neonatais

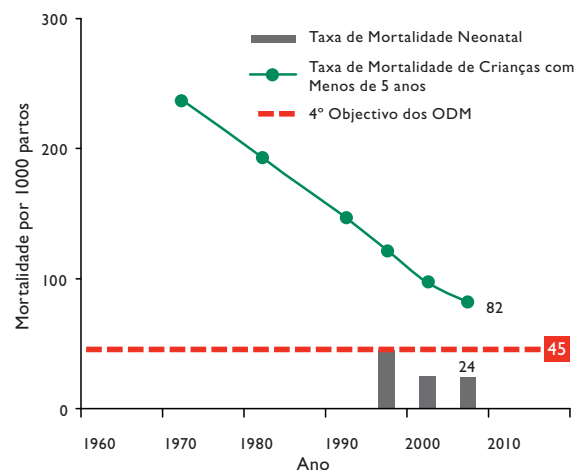


- A mortalidade entre as crianças com menos de 5 anos, em África, parece estar a diminuir, após uma década de poucos progressos
- Porém, tem havido poucos progressos na diminuição das mortes neonatais, e 25 por cento das mortes de crianças com menos de cinco anos em África são agora mortes neonatais - 1,16 milhões anualmente
- Não tem havido progressos mensuráveis na redução das mortes durante a primeira semana de vida pendant la première semaine de la vie
- Para alcançar o 4º objectivo dos ODM, tem de se diminuir o número de mortes neonatais. Isto exige o reforço tanto dos serviços de saúde materna como de saúde infantil, e a integração com outros programas

Os progressos no sentido dos ODM estão pormenorizados nos perfis dos países para cada um dos 46 países de África Sub-Sahariana (página 174). Vide notas aos dados para mais informações. O resultado de 2005 inclui resultados não corrigidos de IDS de 8 países.

Contudo, é preciso ter cautela quando se interpretam esses dados: há uma certa incerteza em torno dos cálculos das TMCM5, e especialmente das TMN dos IDS. Dados prospectivos de vigilância da gravidez indicam que os IDS tendem a subestimar nos seus relatos mortes precoces de recém-nascidos^{5,6}. Estes dados são tratados com mais pormenor nas notas sobre dados (página 226).

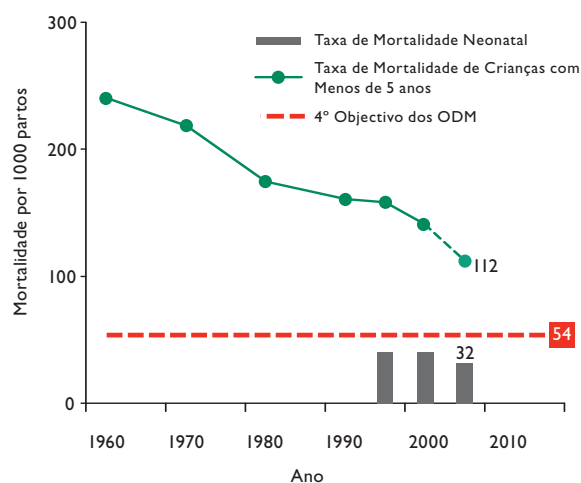
FIGURA I.2 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM na Eritreia



A Eritreia tem feito progressos constantes na diminuição das mortes de crianças com menos de cinco anos. Apesar de um rendimento nacional bruto per capita de apenas 180 dólares, o ritmo do decréscimo está entre os mais rápidos de qualquer país em desenvolvimento. As razões subjacentes a este progresso na Eritreia e em 6 outros países africanos com TMN relativamente baixas serão desenvolvidas com mais pormenor na Secção IV.

Vide o perfil da Eritreia (página 189)

FIGURA I.3 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM na Tanzânia



A Tanzânia acaba de comunicar uma espectacular diminuição de 32% na mortalidade das crianças com menos de cinco anos desde o último IDS de há 5 anos. Se bem que a diminuição da TMN tenha sido menor (20%), o valor alcançado é ainda assim substancial e corresponde a menos 11 000 mortos anualmente (vide a ficha do perfil da Tanzânia na página 226). Estes valores correspondem a uma diminuição anual de 6.4% na mortalidade das crianças com menos de 5 anos. Se este progresso pudesse ser mantido durante a próxima década, a Tanzânia conseguiria cumprir o 4º objectivo dos ODM.

Vide o perfil da Tanzânia (página 226)

Vide notas aos dados para mais informações sobre as definições e limitações dos dados. Os resultados de 2005 relativos à Tanzânia incluem resultados de IDS não ajustados para TMN e TMCM5.

ONDE morrem em África os recém-nascidos?

A África representa 11 por cento da população mundial, mas mais de 25 por cento das mortes de recém-nascidos no mundo. Dos 20 países do mundo com maiores riscos de mortes de recém-nascidos, 15 (75 por cento) são africanos.

Países com maiores riscos

A Libéria tem o risco mais elevado de mortes de recém-nascidos, com 6,6 por cento de bebés a morrerem no primeiro mês de vida. Muitos dos 10 países africanos com riscos mais elevados de mortes de recém-nascidos são países que passaram por guerras ou por outros desastres. Contudo, a lista inclui países, como o Mali ou a Nigéria, que têm sido politicamente estáveis e que têm um Produto Interno Bruto - PIB *per capita* relativamente elevado se comparado com outros países africanos com uma TMN inferior.

Paradoxalmente, países com uma maior TMN apresentam mais mortes resultantes de causas facilmente evitáveis (vide “PORQUE morrem as crianças africanas?” Página 15). Assim, estes países têm mais oportunidades de salvar o máximo de vidas - com menores custos e no menor espaço de tempo.

Países com menores riscos

Alguns países africanos possuem TMN semelhantes às dos países industrializados, embora os três países com a menor TMN sejam Estados insulares, com populações diminutas e um Rendimento Interno Bruto (RIB) (N.T. - RIB = igual a PIB menos impostos s/produção e as importações e outros factores) relativamente elevado (entre 1 770 e 8 090 dólares dos Estados Unidos). O RIB *per capita* destes países é superior à média de África, mas este rendimento é ainda inferior ao de alguns países africanos com elevadas TMN. Na Secção IV tratar-se-á deste tema em pormenor. Até a África do Sul, com um RIB *per capita* relativamente alto, apresenta o dobro dos riscos de mortes de recém-nascidos do que os três países com o menor risco, em grande parte devido às actuais desigualdades sociais do país. Alguns destes países com TMN moderadamente baixas e com RIB muito baixos fizeram progressos notáveis, embora sublinhemos de novo que é necessário ter cautela ao interpretar dados dos IDS sobre as TMN.

Países com maior número de mortes de recém-nascidos

O número de mortes por país é determinado pelo número de nascimentos e pelo risco de morte dos recém-nascidos. Países

com populações numerosas tendem a ter mais nascimentos e, por conseguinte, é mais provável que apresentem um grande número de mortes de recém-nascidos. Alguns dos maiores países estão também na lista de dez países com a maior TMN - concretamente a Nigéria, o Mali e Angola. Só na Nigéria, mais de um quarto de milhão de bebés morrem anualmente.

- Cinco países representam quase 600 000 mortes, isto é, mais de metade do total de mortes de recém-nascidos em África
- Dez países representam mais de 790 000 mortes, isto é, dois terços do total
- Quinze países representam mais de 910 000 mortes, isto é, mais de três quartos do total

Devido à grande dimensão das suas populações, estes países apresentam também um número elevado de mortes maternas e de mortes de recém-nascidos (Quadro I.3).

Onde morrem as crianças nos seus países?

Mais de metade dos bebés africanos morrem em casa. Nalguns países, como a Etiópia, apenas cinco por cento morrem nos hospitais. No Norte do Gana, apenas 13 por cento das mortes neonatais acontecem num hospital⁷. Os bebés nascidos em famílias que vivem em áreas rurais correm maiores riscos de morte do que os nascidos em famílias que vivem em áreas urbanas⁸. Relativamente a 2 países africanos com IDS publicados no decurso dos últimos cinco anos, a TMN foi em média 42 por cento mais elevada entre as famílias rurais. Um problema crescente existente em África são os pobres urbanos. Contudo, dados provenientes de África sobre desfechos neonatais relativos aos pobres dos subúrbios, são mais difíceis de encontrar do que dados da Ásia, onde estão bem documentados os acréscimos das TMN entre os pobres dos subúrbios.

As mortes dos recém-nascidos e a pobreza

A pobreza, as doenças e as mortes de recém-nascidos são realidades intimamente relacionadas. As mães e os recém-nascidos em famílias pobres correm riscos acrescidos de doença e enfrentam mais dificuldades para chegarem a tempo a serviços de saúde com elevada qualidade do que as famílias ricas. O fosso de qualidade de saúde existente entre os recém-nascidos dos países ricos e os dos países pobres é inaceitavelmente elevado e vai de uma TMN de 9 nas Seicheles (RIB de 8 090 dólares) a uma de 66 na Libéria (RIB de 110 dólares)⁶.

QUADRO I.1 Os 10 Países Africanos onde os recém-nascidos correm maior risco de morte

Posição (entre 46 países)	Países	Rácio de mortalidade neonatal (por 1000 nados vivos)
46	Libéria	66
45	Costa do Marfim	65
44	Serra Leoa	56
43	Angola	54
42	Somália	49
41	Guiné-Bissau	48
40	República Centro-Africana	48
39	Nigéria†	48
38	República Democrática do Congo	47
37	Mali†	46

QUADRO I.2 Os 11 Países Africanos onde os recém-nascidos correm menor risco de morte

Posição (entre 46 países)	Países	Rácio de mortalidade neonatal (por 1000 nados vivos)
1	Seicheles	9
2	Cabo Verde	10
3	Maurícias	12
4	África do Sul	21
5	Eritreia†	24
6	Namíbia	25
7	Camarões†	29
8	Ilhas Comores	29
9	Uganda†	29
10=	Malawi†, Gabão, Burkina Faso†	31

Para informações sobre as limitações dos dados e sobre fontes, vide notas sobre os dados na página 226

† Resultado do IDS não ajustado

TABELA 1.3 Os países africanos com maior índice de mortalidade neonatal também apresentam um grande número de mortes maternas

País	Posição por número de recém-nascidos mortos	Número de recém-nascidos mortos	Posição por número de mães mortas	Número de mães mortas
Nigéria*	1	255 500	1	42 600
RD do Congo*	2	130 900	2	27 600
Etiópia	3	119 500	3	26 000
Tanzânia	4	44 900	8	8 100
Quênia	5	43 600	4	13 200
Costa do Marfim*	6	42 800	16	4 600
Uganda	7	44 500	6	12 400
Angola*	8	40 100	5	12 700
Gana	9	29 200	24	3 700
Moçambique	10	28 500	10	7 700
Mali*	11	36 900	9	7 800
Níger	12	31 700	7	11 700
África do Sul	13	23 000	27	2 500
Madagáscar	14	22 500	21	3 900
Burkina Faso	15	18 600	6	6 000
Total de 15 Países		912 200		190 500

* Também nos 10 países africanos com a mais alta TMN

Fonte: Para pormenores sobre as fontes e as limitações sobre os dados, vide notas aos dados na página 226. Inclui alguns resultados de IDS não ajustados para as TMN.

Há igualmente um fosso inaceitavelmente grande entre ricos e pobres em cada país. Uma recente análise de 13 conjuntos de dados de IDS africanos, que contém um índice relativo de situações económicas de cada país, indica que as famílias no quintilo mais pobre apresentam em média uma mortalidade neonatal 68 por cento superior à das famílias do quintilo mais rico. Entre os países inseridos neste recente índice, a maior disparidade verifica-se na Nigéria, com uma TMN de 23 entre o quintilo mais rico, comparada com 59 no quintilo mais pobre, o que representa um fosso de 156 por cento. Se a Nigéria no seu conjunto total apresentasse uma TMN de 23 por 1 000 nados vivos, morreriam menos 133 000 bebés por ano. Os serviços de saúde requerem políticas e apoios mais sistemáticos para melhor servirem os pobres. Os governos devem ser responsabilizados pela diminuição e pela eliminação das desigualdades nos resultados da saúde.

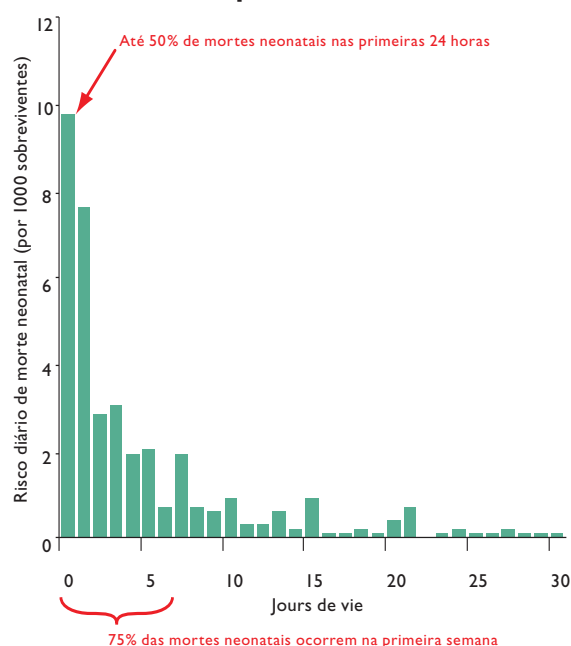
QUANDO morrem os recém-nascidos africanos?

O nascimento de um bebé deveria ser um evento alvo de celebração. Porém, ao longo de toda uma vida humana, o dia do nascimento é o dia em que se correm os maiores riscos de morte (vide Figura I.4). O risco de morrer durante o primeiro dia de vida para um bebé africano é de cerca de 10 por cada 1 000 nados vivos, ou um por cento. Todos os anos, aproximadamente 300 000 bebés africanos morrem no dia do nascimento, a maior parte deles por falta de cuidados maternos e neonatais adequados. Na verdade, estes números subestimam provavelmente a realidade e o número de bebés que morrem nas primeiras 24 horas de vida devido a inconsistências nos registos. Análises de sensibilidade sugerem que entre 290 000 e 470 000 bebés africanos morrem no primeiro dia de vida.

O nascimento e o primeiro dia de vida são a ocasião em que a mãe e o bebé correm os maiores riscos:

- Mães - aproximadamente 50 por cento de mortes das mães ocorrem dentro do espaço de um dia após o nascimento da criança⁸
- Nados-mortos - aproximadamente 30 por cento dos casos de nados-mortos africanos ocorrem durante o parto^{6;9;10}
- Recém-nascidos - entre 30 e 50 por cento das mortes de recém-nascidos ocorrem no primeiro dia de vida³

FIGURA I.4 O primeiro dia e a primeira semana de vida representam o maior risco de morte para os bebés africanos



Fonte: Nova análise do risco diário de morte em África durante o primeiro mês de vida baseada na análise de 19 conjuntos de dados de IDS (2000 a 2004) com 5 476 mortes neonatais

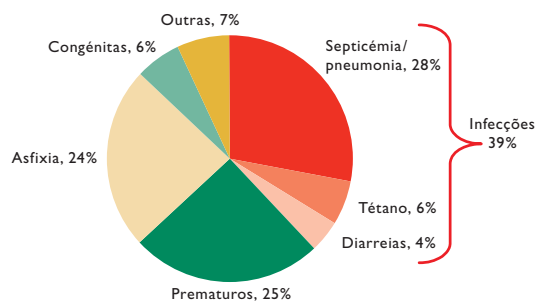
Contudo, o nascimento e os primeiros dias de vida são o período mais crítico da fase de cuidados continuados de saúde, quando a cobertura de intervenções proporcionada pelos serviços é mínima. A Secção II desta publicação analisa os cuidados continuados de saúde e refere a média regional para a cobertura dos pacotes incluídos nesses cuidados. Os perfis dos 46 países demonstram que esta diminuição da cobertura se verifica praticamente em todos os países africanos.

PORQUE morrem os recém-nascidos africanos?

Causas directas de morte de recém-nascidos

Quais são as causas de morte de tantos bebés africanos anualmente? A maior parte das mortes de recém-nascidos em África e na

FIGURA I.5 1,16 milhões de mortes neonatais em África. Porquê ?



Quase todas as mortes neonatais devem-se a enfermidades evitáveis. As infecções são a maior causa de morte e as mais fáceis de prevenir e/ou tratar

Fonte : Baseado em registos vitais de um país e num modelo actualizado de 45 países africanos, utilizando 2004 estudos de cohort de mortes e de outras variáveis previsionais. Para mais pormenores, vide notas aos dados na página 226 e para mais pormenores do modelo de cálculo, vide referências^{11,13}

Ásia é devida a enfermidades que raramente ocorrem em países industrializados e se, por acaso, lá ocorrem, não são geralmente causa de morte. A figura 1.5 representa as três causas principais de mortes de recém-nascidos: infecções, asfixia durante o parto e complicações causadas por partos prematuros que, no conjunto, representam 88% das mortes neonatais em África. O Gráfico de sectores circulares baseia-se em métodos criados pelo Grupo Neonatal¹¹ do Grupo Epidemiológico de Referência das Doenças da Infância para 192 países¹² e que são usados no *Relatório Mundial da Saúde de 2005*¹³. Estas estimativas foram actualizadas para este relatório com base nos dados mais recentes; nas notas da página 226 referem-se mais pormenores. Se bem que estas estimativas tenham limitações, usar dados dos serviços e que não abrangem todas as mortes, pode ser ainda mais enganador. Geralmente, os dados hospitalares apresentarão uma percentagem muito elevada de mortes por asfixia visto que é mais provável que os nascimentos complicados sejam levados ao hospital. Contudo, mesmo em países com problemas relativamente grandes de tétano, muito poucos bebés com tétano, se é que algum caso acontece, serão tratados nos hospitais, e muitos bebés com septicémia neonatal não são lá levados para tratamento. Os perfis dos países apresentam estimativas específicas desses países para as causas das mortes de recém-nascidos.

Bebés pequenos - risco elevado de morte

Na África Sub-Sahariana, 14 por cento dos bebés nascem com baixo peso (BPN), ou com um peso à nascença de menos de 2 500 gramas. Os bebés nascem pequenos por duas razões principais, e as causas e riscos que correm são muito diferentes.

- **Deficiente crescimento intra-uterino** - os bebés nascem após o número normal e total de semanas de gestação (nascimentos de termo) mas são mais pequenos do que o esperado (são pequenos para a idade gestacional respectiva). Isto pode dever-se a um certo número de causas que incluem a pequena estatura ou dimensão da mãe, causas obstétricas, (como gémeos ou gravidez múltipla e hipertensão durante a gravidez), infecções (nomeadamente a malária, o VIH e Infecções Sexualmente Transmitidas - IST) ou nutrição materna insuficiente e excesso de trabalho. É raro que os bebés que nascem de termo morram directamente por serem pequenos - provavelmente representam menos de um por cento das mortes de recém-nascidos.¹¹ Estes bebés correm maiores riscos de infecções, de baixo teor de açúcar

no sangue (hipoglicemia), e de baixa temperatura corporal (hipotermia) e têm aproximadamente o dobro de riscos de morte quando comparados com bebés de tamanho normal. Contudo, a maior parte deles sobrevive. É possível que venham a ter problemas de longo prazo com o crescimento e o desenvolvimento.

- **Bebés prematuros ou nascidos antes de termo** - são os bebés nascidos antes das 37 semanas normais de gestação. Além dos 24 por cento de mortes neonatais em África que são directamente devidas a complicações específicas dos partos prematuros (dificuldades de respiração, hemorragias intracranianas, icterícia) (Figura I.5), ocorrem muitas mortes devidas a outras causas entre os bebés prematuros. Estes bebés prematuros têm um risco de morte cerca de 13 vezes superior ao dos bebés que nascem de termo.¹⁴
- **Alguns bebés são simultaneamente prematuros e apresentam um crescimento intra-uterino insuficiente**, o que se aplica a muitos gémeos ou a outros nascimentos múltiplos. A malária durante a gravidez pode aumentar os riscos de nascimentos prematuros, de limitações do crescimento, ou ambos. Os bebés prematuros e com limitações de crescimento apresentam um risco de morte ainda maior¹⁴.

Os dados limitados disponíveis sugerem que a maior parte dos bebés africanos com baixo peso são prematuros.¹¹ Este facto diverge marcadamente da situação no Sul da Ásia, onde a taxa de bebés com baixo peso é quase dupla da de África, mas onde a maioria dos bebés com baixo peso são bebés nascidos de termo que são pequenos para a sua idade gestacional. Os bebés africanos correm riscos elevados de nascerem prematuramente e a estimativa regional relativa aos partos prematuros é de cerca de 12 por cento, o que é quase o dobro da frequência dos partos prematuros nos países europeus¹ e está provavelmente relacionado com infecções, especialmente infecções sexualmente transmitidas, com a malária, e com o VIH/SIDA. Na verdade, informações recentes sugerem que as co-infecções com o VIH e com a malária durante a gravidez têm um efeito de “bola-de-neve” (double-trouble em inglês) - as duas infecções agem sinergicamente, com graves consequências para a saúde das mães e dos recém-nascidos, e fazendo aumentar especialmente a taxa de baixo peso.¹⁵

A maior parte dos bebés recém-nascidos que morrem têm baixo peso - globalmente entre 60 e 90 por cento das mortes de recém-nascidos.³ Consequentemente, prestar cada vez mais atenção à prevenção da insuficiência de peso, especialmente nos casos de parto prematuro, e à identificação dos bebés pequenos, e prestar um apoio suplementar à nutrição, ao aquecimento e aos cuidados de saúde tem um grande potencial para reduzir a TMN. A maior parte dos bebés prematuros nasce entre as 33 e as 37 semanas de gestação e pode sobreviver desde que se preste uma atenção cuidadosa à alimentação, ao aquecimento e ao tratamento precoce de problemas como os da respiração, das infecções e da icterícia - e tudo isto é viável em locais com fracos recursos e sem cuidados de saúde de alta tecnologia. Os bebés com menos de 33 semanas de gestação ou aproximadamente 1 500 gramas de peso têm mais probabilidades de necessitar de cuidados mais avançados, especialmente para os problemas respiratórios e de alimentação. Se possível, estes bebés muito pequenos deverão ser cuidados num hospital de referência para onde sejam enviados. Este assunto será tratado com mais pormenor em vários capítulos da Secção III.

Quem tem mais probabilidades de morrer? As bebés ou os bebés?

Se se controlarem outros factores, as bebés têm uma taxa de mortalidade inferior à dos bebés.¹⁶ Em sociedades onde os

cuidados de saúde sejam iguais para rapazes e para raparigas, o rácio de mortalidade neonatal é geralmente de pelo menos 1,2 ou superior.¹⁶ Uma análise dos IDS dos países africanos não revela qualquer quebra desta vantagem intrínseca das bebés, embora os IDS possam não ser suficientemente sensíveis para detectarem esta diferença. Alguns estudos da África do Sul reportaram uma procura de cuidados de saúde mais reduzida para as raparigas e até infanticídios de crianças deste sexo.¹⁷ Um estudo recente das populações feito no Gana reportou um número significativo de infanticídios, representando estes 4,9 por cento das 1 118 mortes neonatais, entre 1995 e 2002. Contudo, os autores deste relatório não referem o sexo desses bebés.¹⁸

As mães e os bebés são especialmente vulneráveis durante o parto

Se as raparigas e as mulheres estiverem doentes ou tiverem complicações durante a gravidez ou o parto, irão sofrer e o mesmo acontecerá também aos seus bebés.

As complicações *durante o parto* são causa de elevados riscos de nascimento de nados-mortos ou de morte de recém-nascidos, com um rácio médio ajustado de probabilidade de risco de 10,3. Os partos obstruídos acarretam um elevado risco de morte durante o parto e neonatal, apresentando um rácio médio ajustado de probabilidade de risco de 6,7 a 84³. Por outras palavras: uma mulher com parto obstruído corre um risco 7 a 85 vezes maior de o seu bebé morrer, se comparada com outra mulher cujo parto seja normal. As complicações durante o parto também implicam para a mulher um risco acrescido de morte e de fístula obstétrica. (Vide a Secção III, Capítulo 3)

As complicações *durante o período pré-natal* causam um acréscimo médio de risco de 4,5 de nados-mortos ou de mortes de recém-nascidos, sendo a eclâmpsia o que causa os maiores riscos.³ (Vide Secção III Capítulo 2)

Os factores existentes *antes da gravidez* acarretam um menor acréscimo de risco (média de 1,5).³ Contudo, factores como a gravidez na adolescência (idade materna jovem) são muito comuns e afectam muitas mulheres. Assim, a resolução desses factores é importante de uma perspectiva de saúde pública, mesmo que estas situações possuam um reduzido valor previsional positivo para o rastreio dos riscos. (Vide a Secção III capítulo 1)

Além disso, a morte de uma mãe expõe o bebé a um grande risco de morte - um estudo realizado na Gâmbia constatou que relativamente a 9 mães falecidas durante o parto, todos os bebés tinham morrido dentro do espaço de um ano, a maior parte dos quais nos primeiros dias ou semanas de vida.¹⁹

QUAIS são as soluções para as causas de morte mais comuns dos recém-nascidos?

Taxas de mortalidade elevadas de recém-nascidos e elevado potencial de progressos rápidos na salvação de vidas

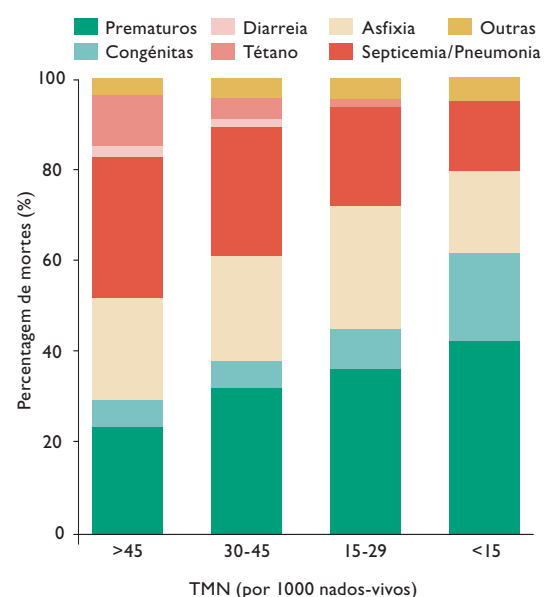
As três maiores causas de morte neonatais são as mesmas para todas as situações de elevada mortalidade. Contudo, as proporções relativas destas três causas variam entre os países e até dentro do mesmo país (Figura I.6). Em situações com elevadas TMN (mais de 45 mortes neonatais por 1 000 nados vivos), cerca de metade das mortes de recém-nascidos é devida a infecções, incluindo o tétano. Estas mortes são as mais fáceis de evitar. Assim, quanto mais elevada for a TMN, mais mortes são facilmente evitáveis. Em situações de elevada mortalidade, são possíveis reduções rápidas das TMN por meio de medidas de saúde pública

como as vacinações das grávidas com toxóides tetânicos, com práticas de parto higiénicas, com melhoria da higiene geral, com os devidos cuidados em relação ao cordão umbilical e com amamentação precoce exclusiva. Se a isto se acrescentarem os tratamentos com antibióticos para as infecções dos recém-nascidos, aumenta-se ainda mais o número de vidas salvas. Na Secção IV apresentam-se algumas ideias para o nível de prioridade a atribuir aos investimentos destinados à saúde neonatal em várias situações, com base nos níveis das TMN. (Vide Secção IV, Quadro IV.1 na página 162.)

Septicémia e pneumonia neonatal - 325 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana

A maior causa de morte dos recém-nascidos são as infecções após o nascimento, especialmente a septicémia (infecção sanguínea), a pneumonia, e a meningite (infecção da membrana que reveste o cérebro). Estas mortes poderiam ser evitadas e tratadas por meio de programas já existentes (Quadro I.4). A prevenção depende principalmente de programas de saúde materna como o Controlo Pré-Natal (CPN), os cuidados de saúde e a higiene durante o parto, o Controlo Pós-Natal (CPósN), e a amamentação precoce exclusiva. O tratamento é possível por meio dos programas de saúde infantil existentes, especialmente o programa para Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) e enviando os pacientes para hospitais de referência. É provável que o melhoramento da AIDI em África tenha contribuído para alguma diminuição das mortes provocadas por infecções no final do período neonatal.¹⁸ Acrescentar à AIDI novas regras para os cuidados dos bebés na primeira semana de vida proporcionará mais oportunidades de diminuição da TMN e da TMCM5 (Vide Secção III, capítulo 5).

FIGURA I.6 Nos locais onde as taxas de mortalidade neonatal são mais altas, mais mortes se devem a infecções e a tétano, e mais fáceis são de evitar



Fonte: Referência³ Baseado em dados e estimativas de mortalidade com causa específica, referentes a 192 países.

Tétano - Embora o tétano seja responsável por apenas 6 por cento das mortes de recém-nascidos africanos, é inaceitável que no Século XXI o tétano neonatal ainda seja responsável por cerca de 70 000 mortes em África. O tétano deixou de constituir uma causa de morte importante de bebés no mundo industrializado ainda antes de se ter desenvolvido a vacina do toxóide tetânico. Para esta situação contribuem práticas não higiénicas como a colocação de substâncias perigosas no cordão umbilical. Apesar de tudo, a mortalidade por tétano está a decrescer e nos últimos cinco anos alguns países africanos foram certificados como tendo eliminado o tétano, sendo o mais recente o Togo, em Janeiro de 2006.²⁰ Contudo, na lista de países com grande incidência de tétano ainda há muitos países de África. (Vide Secção III, capítulo 9)

Asfixia à nascença - 280 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana
Os bebés nascidos na África Sub-Sahariana correm um risco muito elevado de asfixia e de morte durante o parto.²¹ A melhor intervenção consiste na prevenção através de cuidados de saúde pré-natais melhorados e, especialmente, de assistência especializada e de cuidados médicos de obstetrícia. Quando o parto obstruído ou a hemorragia tiverem tido como resultado graves lesões durante o parto, o bebé pode nascer morto ou ter uma elevada probabilidade (cerca de 30 a 50 por cento) de morrer no primeiro dia de vida.²¹ O único estudo africano publicado sobre acompanhamento prolongado de bebés gravemente asfíxiados é um estudo hospitalar comparativo entre dois grupos de pacientes (estudo de cohort) feito na África do Sul. Assim, há falta de dados sobre resultados de longo prazo.²² A prevenção primária através de assistência clínica urgente de obstetrícia é a solução mais eficaz em termos de custos.^{23,24}

Complicações dos partos prematuros - 290 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana
Pelo menos metade das mortes de recém-nascidos africanos acontece com bebés prematuros. Porém, a causa directa de morte só é atribuída à prematuridade se a morte acontecer num bebé acentuadamente prematuro ou se resultar de complicações específicas de um parto prematuro. Por exemplo, se um bebé moderadamente prematuro tiver uma infecção e morrer, a morte é mais adequadamente atribuída a infecção, e assim, muitos bebés registados como tendo morrido de infecções, são também prematuros. Embora os bebés prematuros com graves sequelas requeiram cuidados intensivos para sobreviver, a maior parte dos bebés prematuros que morrem são prematuros com sequelas moderadas, e a maioria poderia ser salva se se lhes prestassem mais atenção e cuidados semelhantes àqueles de que necessitam todos os bebés: aquecimento, alimentação, higiene e identificação precoce de doenças (Quadro I.4). O sistema “Método Mãe Canguru, MMC”, traduz-se pela prestação de cuidados de saúde a bebés pequenos e prematuros que ficam enfaixados e encostados à área frontal do tórax da mãe, em contacto pele-a-pele. O sistema MMC é simples, eficaz, delega poderes e responsabilidades nas mães e pode ser introduzido na maior parte dos serviços de África onde se prestem cuidados de saúde a bebés. Além disso, os cuidados domiciliários adicionais prestados aos bebés pequenos, com contacto pele-a-pele e um maior apoio à amamentação podem produzir resultados benéficos, embora isto não tenha ainda sido estudado sistematicamente em África. Prevenir certas causas de nascimentos prematuros constitui também uma estratégia eficaz e é viável através do controlo da malária na gravidez e da identificação e tratamento de infecções sexualmente transmitidas (IST), dado que o VIH/SIDA e a malária na gravidez interagem e aumentam bastante o risco de nascimentos prematuros. (Vide Secção III capítulos 2,7,8)

QUANTOS bebés que morrem devido a infecções, a asfixia à nascença e a nascimentos prematuros poderiam ser salvos?

Visto que a maior parte das mortes de recém-nascidos africanos se deve a causas que têm soluções, quantas vidas seriam salvas se essas soluções se aplicassem a cada mãe e a cada bebé? Qual é o investimento necessário para se conseguir esta diminuição da mortalidade? O Quadro I.5 apresenta estimativas dos custos e do número de vidas que poderiam ser salvas, de acordo com as três maiores causas de morte de recém-nascidos.

Todos os anos morrem em África cerca de 1,16 milhões de recém-nascido, embora 800 000 destas mortes pudessem ter sido evitadas se estivessem disponíveis e tivessem sido aplicadas intervenções bem definidas que já fazem parte das políticas em vigor na maioria dos países africanos e que já são aplicadas a 90% das mães e dos bebés.

O custo é muito acessível e aplicar a 90 por cento das mães e dos bebés esses pacotes de cuidados essenciais de SMNI, explicados em pormenor neste livro, representa apenas 1,39 dólares adicionais *per capita*. Os dados e métodos para esta análise actualizada de 46 países africanos apresentam-se em pormenor nas notas da página 226.

QUADRO I.4 Soluções e vidas salvas de acordo com

Causa de morte do recém-nascido	Mortes em África	Período habitual da morte
Septicémia e pneumonia neonatal	325 000	Máximas de septicémia na primeira semana. Incidência gradual de pneumonia mais para o fim do primeiro mês de vida
Tétano neonatal	70 000	Máximas entre o 4º e o 9º dias de vida
Diarreias	46 000	Risco acrescido a partir do final do primeiro mês de vida
Asfixia à nascença	280 000	Primeiro dia de vida
Complicações de parto prematuro	290 000	Primeira semana de vida relativamente a muitas complicações directas de parto prematuro (na ausência de cuidados intensivos) mas permanência de risco acrescido, especialmente de septicémia e pneumonia
Anormalidades congénitas	70 000	Primeira semana de vida relativamente a anormalidades graves
Outras causas (p. ex. icterícia)		Primeira semana de vida
Total	1 160 000	

QUADRO 1.5 Estimativas das mortes de recém-nascidos por causas importantes de morte que poderiam ser evitadas se tivessem sido aplicados a 90 por cento das mulheres e dos recém-nascidos os pacotes essenciais dos serviços de SMNI

		CAUSAS DE MORTE			Total de mortes de recém-nascidos em África
		Todas as infecções (septicémia, pneumonia, tétano, diarreia)	Complicações de partos prematuros	Asfixia à nascença	
VIDAS SALVAS	Máximo	195 000 - 330 000	110 000 - 205 000	110 000 - 200 000	430 000 - 800 000
	Mínimo				
	Intervalo (percentagem de redução relativamente aos valores actuais)	49 - 84 %	37 - 71 %	39 - 71 %	37 - 67 %

Fonte: Novas análises relativas a 46 países de África, utilizando dados de 2004 e aplicando métodos publicados^{24,26}. Para mais pormenores vide notas da página 226. Note que o total de vidas salvas inclui todas as causas de morte e assim o total referido é superior à soma das vidas salvas relativamente às três causas principais de morte

Para além da sobrevivência - Proporcionar saúde à próxima geração

Dado o grande número de mortes de recém-nascidos e o empenho relativamente aos ODM, o enfoque global é sobre a sobrevivência, mas as mortes de recém-nascidos são apenas a ponta de um iceberg de dimensão ainda desconhecida (Figura I.7) Presta-se pouca atenção ou possuem-se poucas informações acerca do peso que representam as doenças dos recém-nascidos, ou sobre

as deficiências a longo prazo resultantes de complicações que ocorrem durante o parto e durante o período neonatal, especialmente em países em desenvolvimento. Além disso, não têm sido aproveitadas oportunidades para se ensinarem comportamentos saudáveis, ou para que eles melhorem, especialmente no período crucial durante e imediatamente após o parto. As consequências a longo prazo para a saúde e para o desenvolvimento dos indivíduos, das comunidades, da produtividade e do bem-estar nacional são as seguintes:

as causas mais comuns de morte dos recém-nascidos

Soluções de prevenção	Soluções de tratamento	Vidas que poderiam ser salvas se houvesse cobertura a 90%	Viabilidade
Tratar as infecções na mãe. Práticas de parto higiénicas e cuidados de saúde higiénicos ao bebé, especialmente no cordão umbilical	Terapia antibiótica Cuidados de apoio	49-88 por cento	Viabilidade elevada através de Controlo Pré-Natal (CPN), assistência especializada, Controlo Pós-Natal, Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), e cuidados hospitalares já existentes, prestados aos bebés e às crianças
Vacinação das mulheres grávidas com toxóide tetânico; práticas de parto higiénicas e higiene do cordão umbilical	Antibióticos Globulina anti-tétano Cuidados de apoio (Risco muito elevado de morte)	73-88 por cento	Viabilidade elevada através de CPN e de campanhas de proximidade adicionais
Amamentação Higiene	Terapia de reidratação oral Cuidados de apoio, incluindo fluidos intravenosos se necessário		Viabilidade elevada através da AIDI e de actividades de divulgação junto das famílias e das comunidades, incluindo a AIDI comunitária
Controlo Pré-Natal sobretudo para identificar/gerir a hipertensão nas grávidas e a pré-eclâmpsia; Assistência especializada, especialmente com utilização de partogramas Cuidados de emergência obstétrica para complicações, especialmente o manejo de parto obstruído e de hemorragias	Reanimação no parto Cuidados de apoio (Se houver danos graves, há cerca de 30% de probabilidades de morte e elevado risco de incapacidade)	39-71 por cento	Viabilidade se houver mais empenho em melhorar a assistência especializada e os Cuidados de Emergência Obstétrica (CEO)
Controlo Pré-Natal, especialmente tratamento de infecções e suplementos de ferro/ácido fólico Prevenção da malária na gravidez (TIPMG - Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez); Injecções de esteróides às mães durante o parto	Reanimação durante o parto Práticas melhoradas de amamentação "Método Mãe Canguru" Identificação precoce e tratamento de complicações, especialmente infecções	39-71 por cento	Prevenção viável com CPN, especialmente se se adoptar o Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez (TIPMG) e Redes Mosquiteiras Tratadas com Inseticida. Tratamento viável nos serviços de saúde existentes, especialmente apoio extra à alimentação, "Método Mãe Canguru" e melhoria da cobertura e da qualidade dos Controlos Pré-Natais
Ácido fólico antes da concepção para prevenir defeitos do tubo neural (espinha bífida)	Cuidados de apoio (Consoante o tipo de anormalidade, pode ter uma taxa baixa de sobrevivência e complicações a longo prazo)	1-9 por cento	Os cuidados de saúde curativos para anormalidades congénitas são frequentemente complexos e podem envolver cirurgia. O ácido fólico antes da concepção pode não ser eficaz em termos de custos nos serviços de saúde com elevada mortalidade e recursos insuficientes a menos que se tornem menos caras outras soluções (p. ex. suplementos alimentares)
	Fototerapia para bebés com icterícia Cuidados de apoio		Obtenível nos serviços de saúde existentes
		37-67 por cento	

O número de mortes resultantes de cada uma das causas baseia-se em estimativas actualizadas por país, utilizando métodos publicados e actualizados para esta publicação e relativos a 46 países africanos²⁵. O número de vidas salvas baseia-se numa nova análise que usa o modelo das séries de modelos de sobrevivência de recém-nascidos da revista *The Lancet*²⁴ com todos os pacotes essenciais de SMNI e a 90 por cento de cobertura. Para mais pormenores vide notas sobre os dados na página 226

- Doenças graves em bebés, das quais podem recuperar, ou que podem causar consequências permanentes
- Incapacidades relacionadas com complicações do parto ou no período neonatal. Os sobreviventes de encefalopatia neonatal ou de lesões cerebrais relacionadas com asfixia durante o parto, por exemplo, podem ter incapacidades significativas semelhantes às de um AVC grave. Um estudo de seguimento de sobreviventes de tétano neonatal constatou que era comum resultarem incapacidades graves.²⁷ Além disso, uma análise recente de bases de dados de alguns países revela a existência de uma forte conexão entre baixos pesos nos bebés e doenças crónicas em adultos.²⁸
- Comportamentos insalubres poderiam ser remediados através de contactos adequados neste período crucial, especialmente no que respeita à falta de amamentação precoce e exclusiva.²⁹ Aproveitam-se pouco as oportunidades para a melhoria das práticas e da procura de cuidados de saúde, tais como a prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho (PTV) e para a promoção das vacinações.

À nascença e no início da vida, pode haver muitas consequências provocadas por doenças do útero²⁸ que ainda não são completamente compreendidas, ou que não constam de análises custo-

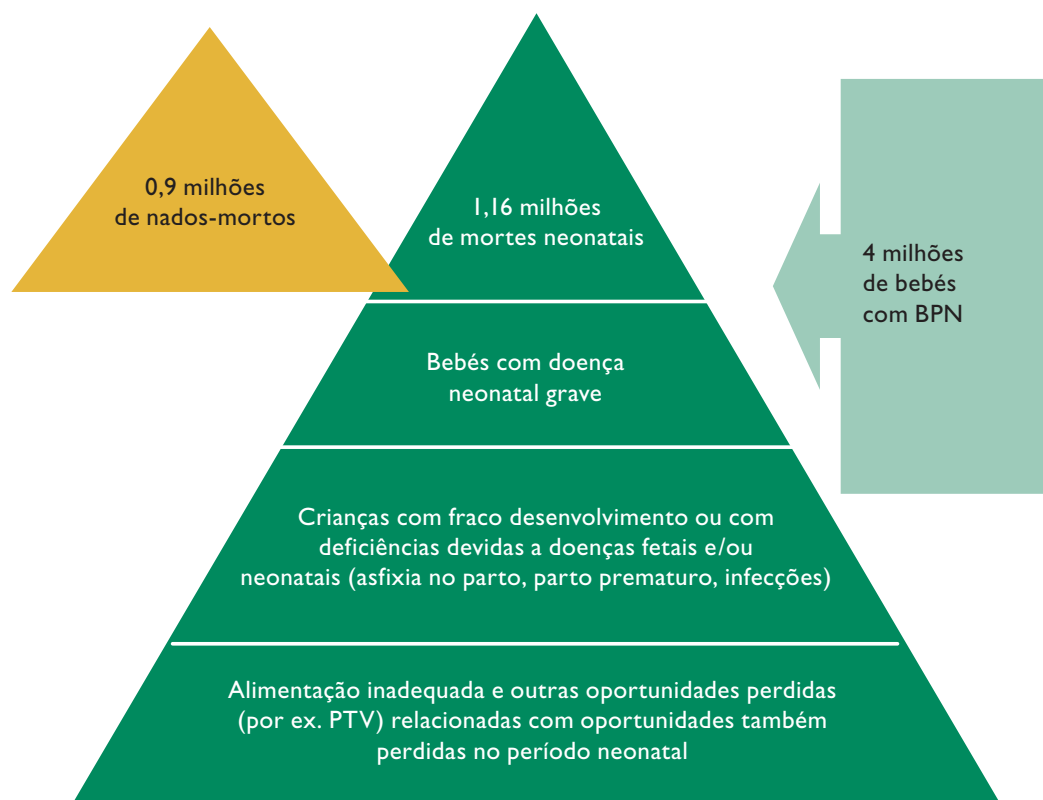
benefício. Contudo, é claro que as intervenções durante este importante período de tempo provocam resultados múltiplos na mãe e no bebé, assim como possuem potenciais efeitos de longo prazo individuais e sociais.

Os recém-nascidos são o futuro de África

A próxima década proporciona uma oportunidade única para que a África faça progressos após uma década ou mais de estagnação relativamente à saúde materno-infantil. A saúde dos recém-nascidos é um elo fundamental dos cuidados continuados prestados pelos serviços de SMNI. Todos os anos poderiam ser salvas 800 000 vidas de recém-nascidos com um custo de apenas 1,39 dólares *per capita*.

A África tem sido alvo dos olhares do mundo com o Live 8, com a campanha “Fazer da Pobreza História”, com a atenção do Grupo dos 8 (G8) focada em África, e com as visitas das estrelas do cinema e de personalidades dos meios de comunicação no decorrer do ano passado. Porém, será que esta atenção dos meios de comunicação se traduz em acções duradouras? Transformações duradouras e menores taxas de mortalidade para as mães, para os recém-nascidos e para as crianças africanas só acontecerão quando a vida dos bebés fizer sentido para os governos e para os povos africanos.

FIGURA 1.7 A saúde neonatal em África: o fardo invisível da doença, da deficiência e do potencial económico perdido



Fazer com que cada Recém-nascido conte - Informações para agir

Utilizar melhor as informações existentes para agir

- Acrescentar o controlo da taxa de mortalidade neonatal (TMN) ao 4º objectivo dos ODM a nível global e nacional. A taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos (TMCM5) e a taxa de mortalidade infantil (TMI) tendem a comportar-se paralelamente e a ter causas semelhantes, mas a taxa de mortalidade neonatal (TMN) difere mais para as crianças com menos de 5 anos (TMCM5) do que a TMI e tem implicações programáticas diferentes.
- Incluir a avaliação da TMN nacional no grupo de coordenação da mortalidade infantil UNICEF/Banco Mundial/OMS que analisa anualmente os dados da TMI e da TMCM5 - Taxa de Mortalidade de Crianças Com Menos de Cinco anos relativas a cada país, e melhorar a transparência do processo.
- Publicar dados nacionais da TMN em relatórios anuais importantes como o relatório "State of the World's Children", o "World Health Report" e os relatórios nacionais. A disponibilidade dos dados é semelhante à das TMI. O actual ciclo de 10 em 10 anos das novas estimativas das TMN é demasiado longo, contribuindo assim para a sua pouca visibilidade.
- Considerar a hipótese de inclusão das estimativas das taxas nacionais de nados-mortos nos relatórios anuais - as actuais estimativas são tão fiáveis quanto algumas outras que se incluem nos relatórios, pelo que, não as incluindo, os nados-mortos não contam nas políticas e nos programas.
- Divulgar dados nacionais da saúde, tendo em mente as audiências e as estratégias fundamentais; facilitar um diálogo convincente sobre as políticas com líderes de alto nível a fim de aumentar os investimentos na saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). (Vide perfis dos países com início na página 174 onde se encontrará um sumário de uma página com dados sobre como empreender acções relativas às tendências nacionais do 4º objectivo dos ODM, à cobertura de pacotes essenciais e ao financiamento)
- Aumentar a disponibilidade dos dados existentes a nível distrital e a capacidade de utilização de dados para elaborar programas a nível distrital.

Melhorar as informações futuras para agir

- Aumentar a comparabilidade e a síntese dos dados disponíveis (Estudos Demográficos e de Saúde, Inquéritos Cacho de Indicadores Múltiplos e áreas de registo de amostras e sistemas de informação para a gestão da saúde).
- Aumentar o grau de confiança dos inquéritos e das normas utilizadas nas chamadas autópsias verbais (questionários pormenorizados sobre as causas de morte) relativas às mortes dos recém-nascidos e respectivas causas.
- Aumentar a frequência das informações para agir, relativas à cobertura das intervenções essenciais dos serviços de SMNI - fazer IDS de 5 em 5 anos não é suficientemente frequente para orientar a introdução de melhorias nos programas
- Melhorar a colheita e a utilização de dados para agir no âmbito da SMNI a nível distrital
- Incluir melhores indicadores para o controlo pós-natal no procedimento rotineiro de recolha e monitorização de dados

Fazer parte das políticas e dos programas

- Incluir e reforçar aspectos relativos aos recém-nascidos nos objectivos nacionais de diminuição da mortalidade, nas políticas, nas reformas do sector da saúde e nos planos estratégicos.
- Rever e melhorar as orientações clínicas existentes, os instrumentos de monitorização e a logística dos medicamentos e dos equipamentos essenciais

- Garantir que os SMNI sejam um marco dos sistemas de saúde distritais e que os dados relevantes sejam recolhidos e utilizados a todos os níveis, incluindo o nível distrital.
- Utilizar tanto os dados dos serviços e das comunidades relativos às mortes de mães, de recém-nascidos e de crianças para melhoria das auditorias e da qualidade.

A responsabilidade da sociedade

- Envolver a sociedade civil no rastreio das mortes de mães, de recém-nascidos e de crianças.
- Disponibilizar os dados relevantes e facilitar a sua consulta pelo público em geral e pelos meios de comunicação social, como acontece no Uganda com os quadros das ligas distritais
- Incluir o Rácio de Mortalidade Materna (RMM) e os indicadores fundamentais relativos aos menores de cinco anos e às TMN nos programas de desenvolvimento social assim como nos programas de reforma e de apoio do sector da saúde

Inventariar os investimentos

- Tout essai en vue de suivre les investissements dans les soins du nouveau-né séparément des soins maternels et infantiles n'est ni pratique ni utile. Il faut chercher davantage à investir dans le suivi de l'investissement pour la SMNI pour que les partenaires et les gouvernements soient responsabilisés³⁰ et également pour suivre les dépenses propres des familles, ainsi que l'efficacité du financement de la santé pour les pauvres.





Mais informações

- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos
- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência das crianças
- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência materna
- WHO, World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland; World Health Organization, 2005
- UNICEF - State of the World Children 2006. New York: United Nations Children's Fund; 2005
- WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. Geneva, Switzerland, World health Organization, 2006
- Save the Children. State of the World's Mother 2006: Saving the lives of mothers and newborns. Washington, DC; Save the Children, 2006
- Lawn JE, Zupan J, Begkoyian, G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A. Editors. Disease Control Priorities, 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health, 2005
- Guia for situation analysis for newborn health in the context of SMNI, SNL and WHO for the Healthy Newborn Partnership 2006 version [draft]

Cuidados continuados

Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishaal Shoo, Doyin Oluwole, Joy Lawn

As mães, os recém-nascidos e as crianças são inseparáveis na vida e nas necessidades de cuidados de saúde. No passado, as políticas e programas materno-infantis tendiam a tratar das mães e das crianças separadamente, o que tinha como consequência a existência de lacunas nos cuidados de saúde que afectavam especialmente os bebés recém-nascidos. Como podem resolver-se estas lacunas, especialmente durante o parto e os primeiros dias de vida, que é quando a maioria das mães e dos recém-nascidos morrem em suas casas, em África?

As políticas e os programas estão a orientar a sua atenção para a prestação de cuidados continuados de saúde às mães, aos recém-nascidos e às crianças (SMNI). Em vez de se tratarem as mães ou as crianças de modo concorrencial, a atenção concentra-se agora na cobertura universal de intervenções eficazes que integram os cuidados de saúde ao longo de todo o ciclo de vida e que constituem um sistema de saúde completo e reactivo que responde às necessidades dos pacientes. É através de uma combinação de políticas e de estratégias bem definidas para se melhorarem as práticas de saúde ao domicílio e os cuidados prestados ao longo de toda a vida aos pacientes nos serviços de saúde que, com base em programas e pacotes já existentes, se podem criar serviços continuados de saúde e prestar aos utentes a assistência de que necessitam nos serviços de SMNI. Qual é a cobertura actual dos pacotes essenciais dos serviços de SMNI incluídos nos serviços de cuidados continuados, e de que modo podem eles ser melhorados para se aumentar a sua cobertura, a sua equidade e a sua qualidade? Que intervenções dos cuidados continuados de saúde poderiam salvar mais vidas de recém-nascidos? Será que existem oportunidades específicas que poderão ser aproveitadas?



Os cuidados continuados de saúde - ir ao encontro das mães e dos bebês na ocasião certa e no lugar certo

Em África, a maior parte das mortes maternas e de recém-nascidos ocorre durante o parto e nos primeiros dias de vida, e muitas destas mortes ocorrem em casa, especialmente no que se refere aos 1,16 milhões de recém-nascidos africanos que morrem anualmente.¹ Esta secção trata dos serviços continuados de saúde que foram identificados como um princípio e uma estrutura nucleares de suporte a estratégias para salvar vidas de mães e de bebês e para promover a saúde global.² Os serviços continuados de saúde têm duas dimensões: em primeiro lugar a *ocasião* da prestação dos serviços, e em segundo lugar o *local* e o modo como se procede à assistência.

O intervalo de tempo que, na ocasião do parto, decorre até à prestação dos serviços, quando os riscos são maiores para a mãe e para o bebé. Durante o parto e os primeiros dias de vida ocorre mais de metade das mortes maternas³ e de recém-nascidos¹, além dos nados-mortos no período intraparto. Embora durante todo este período morram mais mães e recém-nascidos do que em qualquer outra ocasião, a cobertura de cuidados de saúde é menor, e também pode ser menor a sua qualidade.

Os cuidados continuados de saúde eficazes interligam os pacotes essenciais de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), ao longo da adolescência, da gravidez, do parto, dos períodos pós-natal e neonatal, até à infância, e desenvolvem-se com base nas suas interações naturais ao longo de todo o ciclo de vida (Vide Figura II.1). Por exemplo, a existência de melhores condições para as adolescentes, incluindo o acesso a serviços de planeamento familiar, pode contribuir para uma gravidez desejada na altura certa; uma boa assistência durante a gravidez aumenta as probabilidades de um parto seguro; e serviços de saúde especializados durante e imediatamente após o nascimento reduzem o risco de morte ou de incapacidade, tanto em relação à mãe como em relação ao bebé. O efeito em cada período de tempo depende das condições existentes no período de tempo que o precede, garantindo que cada mulher e cada criança² passem por uma experiência de cuidados de saúde mais abrangente. A nível dos serviços de saúde pública, interligar estes pacotes e integrar a prestação de todos os cuidados de saúde tem como resultado um maior número de vidas salvas, e a menor custo, e um sistema de saúde mais integrado e eficiente.⁴ A integração

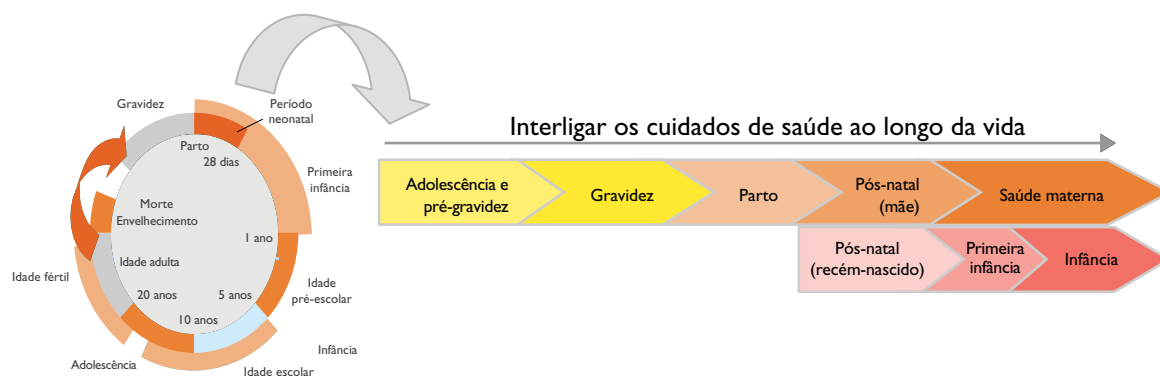
ao longo dos serviços continuados de saúde possibilita também oportunidades de ligação com outros importantes programas existentes nesses serviços continuados, tais como a promoção da nutrição, além de com programas mais “verticais” como o da prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho (PTV), o do controlo da malária e o das vacinações.

A inexistência de cuidados de saúde onde mais necessários são.

Na maioria dos países africanos, as mortes maternas, neonatais e infantis acontecem em casa, muitas vezes porque são causadas por atrasos em chegarem aos cuidados de saúde de que necessitam. Os bebês são especialmente vulneráveis a estes atrasos. Um bebé com asfixia à nascença, septicémia ou complicações de parto prematuro pode morrer dentro de poucas horas ou até minutos se lhe não foram prestados cuidados adequados. Podem não haver oportunidades de melhorar os cuidados em casa porque as famílias não estão informadas ou não têm competência para agir de acordo com opções criteriosas de saúde, ou então porque as condições socioeconómicas em que vivem impedem essas opções certas. As longas distâncias, os atrasos em chegar aos serviços, as considerações financeiras e, às vezes, os cuidados de saúde deficientes dos serviços de saúde, são factores que, todos eles, contribuem para os maus resultados dos serviços de SMNI. Comunicações deficientes e más ligações de referência entre as comunidades e os serviços podem limitar ainda mais os cuidados a prestar aos que deles mais necessitam.

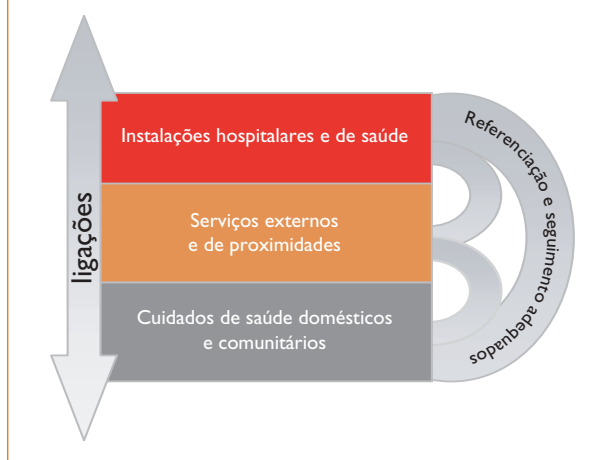
Os cuidados continuados de saúde eficazes reforçam os laços entre os domicílios, os serviços de proximidade (centros de saúde), e os hospitais, garantindo assim que existam cuidados adequados em cada local. (Vide Figura II.2). Esta é a segunda dimensão de um serviço de cuidados continuados de saúde. As estratégias apropriadas envolvem a melhoria das capacidades do pessoal de saúde, o reforço dos apoios do sistema de saúde e a melhoria das práticas de saúde domésticas e comunitárias, assim como acções comunitárias em prol da saúde. Esta metodologia também aproxima das habitações os cuidados de saúde, através de serviços de apoio domiciliário e promove o encaminhamento para os hospitais da área ao melhorar o acesso a esses hospitais e ao melhorar a qualidade dos serviços nas instalações periféricas e de nível distrital.⁷ Combinar cuidados de saúde eficazes nos serviços de saúde e comportamentos saudáveis em casa, com a procura rápida de serviços de saúde em caso de doença, terá o maior impacto sobre a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças.

FIGURA II.1 Interligar os cuidados de saúde ao longo de todos os ciclos fundamentais da vida



Fonte: Adaptado das referências^{5,6}

FIGURA II.2 Como interligar os locais com os métodos de cuidados de saúde



Fonte: Adaptado da referência⁶

Estas duas dimensões dos cuidados continuados dos serviços de SMNI estão agora a servir de orientação na concepção de programas eficazes; em primeiro lugar, ao prestarem uma continuidade de serviços de saúde ao longo da vida, desde a adolescência, durante a gravidez e durante o parto, e prosseguindo pelos cuidados pós-natais e pela infância. Em segundo lugar, ao tratar os cuidados de saúde como uma prática contínua que abrange o domicílio, o centro de saúde e o hospital.^{2,7,8} O que pode parecer um conceito novo é na verdade a integração de muitas metodologias anteriores, incluindo a revitalização da metodologia vitalícia promovida nos anos 90, e a ligação do conceito de cuidados primários de saúde dos anos 70, com a visão original da reforma dos sistemas de saúde dos anos 80, em que a comunidade era encarada como uma parte fundamental de um sistema de saúde holístico. Se bem que os serviços continuados de saúde não sejam um conceito novo, as metodologias de como os tornar operacionais no contexto dos diversos programas estão a evoluir e irão modificar-se à medida que se vai ganhando experiência.

O resto desta secção continuará a examinar os pacotes dos serviços de SMNI dos cuidados continuados de saúde, salientando as intervenções essenciais incluídas nestes pacotes que possam salvar vidas de recém-nascidos. A fim de melhorar os cuidados continuados de saúde é necessária uma abordagem estratégica para rever a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde ao longo de toda a vida e a todos os níveis desses serviços, sublinhando-se a necessidade de ligações eficazes entre as comunidades e os serviços. Será que algumas intervenções podem ser prestadas a diversos níveis dos cuidados de saúde a fim de que alcancem mais mulheres, bebés e crianças? A cobertura completa e equitativa de cuidados essenciais exigirá um ambiente político favorável em que sejam tomadas medidas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e ao apoio financeiro, para introduzir e fazer cumprir medidas legais e regulamentares destinadas a proteger os direitos das mulheres e das crianças, e para melhorar as parcerias, assim como para ampliar e promover a formação profissional do pessoal existente.⁹ As medidas a tomar para implementar uma estratégia de melhoria dos cuidados continuados de saúde e os estudos de casos de experiências de alguns países na melhoria dos serviços serão apresentados em pormenor na Secção IV.

Salvar as vidas dos recém-nascidos por meio de cuidados continuados de saúde

A saúde dos recém-nascidos é um indicador sensível de serviços continuados de saúde funcionais porque a saúde dos bebés depende de boas ligações entre os programas de saúde materno-infantil, e de minimizar atrasos na assistência prestada a complicações durante o parto e aos bebés doentes. Tal como se descreve no “*World Health Report 2005*”, o desafio fundamental que se lança aos serviços de SMNI não é obter equipamento e tecnologia cara, mas sim instalar um sistema de saúde com cuidados continuados durante a gravidez, prestar cuidados especializados durante o parto, e prestar assistência ao domicílio à mãe e ao recém-nascido.² Uma análise recente publicada na série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência¹⁰ das crianças, a sobrevivência dos recém-nascidos¹¹ e a saúde materna¹² revelou factos baseados na experiência que confirmam quais são as intervenções essenciais que salvam as vidas das mães, dos bebés e das crianças. A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos listou 16 intervenções que comprovadamente diminuem as mortes de recém-nascidos, nenhuma das quais requer cuidados intensivos de alta tecnologia. Todas estas intervenções são altamente eficazes em termos de custos e, quando prestadas sob a forma de pacotes nos serviços de cuidados continuados de saúde, são intervenções consideradas das mais eficazes em termos de custo e que estão disponíveis nos serviços de saúde a nível internacional.^{11,13}

Os recursos limitados dos sistemas de saúde exigem que a cada período de um ciclo de vida, e relativamente a modos diversos de prestação dos serviços, se apliquem pacotes integrados de intervenções baseadas em evidências.¹⁴ A Figura II.3 apresenta um panorama das intervenções baseadas em evidências para redução das mortes e das deficiências neonatais, inseridas em pacotes que já fazem parte dos sistemas de saúde de muitos países. Esta figura inclui intervenções em relação às quais há evidências, embora nem todas se reflitam necessariamente nas políticas globais de saúde pública. Deve notar-se também que certas intervenções, como os cuidados de saúde adicionais prestados nos casos de bebés com baixo peso à nascença (BPN), podem ser adaptadas a todos os níveis dos sistemas de saúde. Embora as atenções se concentrem aqui no recém-nascido, quase todas estas intervenções podem também beneficiar as crianças mais velhas.

Quantas vidas de recém-nascidos podem ser salvas por meio de uma elevada cobertura de intervenções essenciais, e quanto custaria isso?

De acordo com uma nova análise realizada para esta publicação, baseada numa metodologia utilizada na série sobre a sobrevivência dos recém-nascidos da revista *The Lancet*,¹¹ poderia evitar-se a morte de até 67 por cento de recém-nascidos da África Sub-Sahariana se existisse uma elevada cobertura de cuidados de saúde. (Para mais informações sobre os dados usados nesta análise, vide as notas da página 226). A Secção I descreveu o potencial de salvação de vidas de bebés que morrem devido às mais importantes causas de morte se um maior número de mães e bebés tivessem acesso a cuidados de saúde, e a Figura II.4 representa os dois serviços continuados de saúde inter-relacionados e o número acrescido de vidas que poderiam ser salvas se todos os pacotes essenciais de saúde abrangessem 90 por cento das mulheres e dos bebés. Pode salvar-se um máximo de até 390 000 vidas de recém-nascidos adicionais por meio de uma elevada cobertura de cuidados de saúde especializados durante o parto, e 310 000 por meio de

FIGURA II.3 Intervenções que diminuem o número de mortes neonatais no âmbito dos cuidados continuados de saúde

Categorias	Referência	Intervenções			
		Pré-gravidez	Gravidez	Parto	Recém-nascido/Pós-natal
Clínica	Referência			<ul style="list-style-type: none"> Cuidados Obstétricos de Emergência para tratar complicações (p. ex. obstrução, hemorragia) Antibióticos para rupturas prematuras de membranas^d Corticosteróides para trabalho de parto prematuro^d 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de saúde de emergência neonatais para diversas doenças, especialmente a septicemia
	Básico/Primeiro nível de referência		<ul style="list-style-type: none"> Cuidados obstétricos especializados durante o parto e cuidados imediatos ao recém-nascido (higiene, aquecimento, amamentação) e reanimação, PTV; 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo e cuidados aos bebês com BPN, incluindo a MMC 	
Serviços de Extensão de Saúde/Serviços Externos	Planeamento familiar		<ul style="list-style-type: none"> 4 consultas de CPN focalizado, incluindo Hipertensão/Manejo da pré-eclâmpsia vacinação contra o tétano Manejo da sífilis e das DST + TIPM e RMTI para a malária PTV para o VIH/SIDA 		<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de saúde pós-natal de rotina, incluindo a PTV
	Prevenção e manejo de DST e de VIH				<ul style="list-style-type: none"> Deteção e referência atempada de complicações
Família/Comunidade	Ácido fólico ^d				
	Deteção/Tratamento da bacteriúria ^d				
Família/Comunidade	Alimentação de adolescentes e de pré-grávidas		<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento e preparação para os cuidados neonatais e para a amamentação e preparativos em caso de emergência 	<ul style="list-style-type: none"> Quando não existam cuidados especializados disponíveis, parto limpo e cuidados neonatais imediatos e simples, incluindo aquecimento e iniciação rápida à amamentação 	<ul style="list-style-type: none"> Bons cuidados em casa, incluindo a promoção da amamentação exclusiva, dos cuidados higiénicos ao cordão umbilical e à pele, mantendo o bebé aquecido e promovendo a procura de cuidados especializados de qualidade Cuidados adicionais aos bebês com BPN Gestão de casos de pneumonia, onde a referência não seja possível
	Educação				
	Prevenção do VIH e das DST				

Fonte: Adaptado das referências^{11;14;18;19}

*. Evidências publicadas desde a série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos revelam que há uma diminuição da mortalidade e da morbilidade dos recém-nascidos devido ao espaçamento dos partos^{15;16}

+. Uma análise de Cochrane revela que para a saúde neonatal¹⁷ há vantagens significativas devidas ao uso de materiais tratados com insecticidas

#. Intervenções adicionais mais complexas de implementar e que se tornam mais vantajosas em termos de custo-benefício com um sistema de saúde mais eficaz e com uma taxa de mortalidade neonatal mais baixa

Síglas:
MMC = Método Mãe Canguru
CPN = Controlo Pré-Natal
TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez
MTI = Mosquiteiros Tratados com Insecticida
PIN = Peso Insuficiente à Nascimento

cuidados de saúde pós-natais. Os cuidados pré-natais com elevada cobertura de Controlo Pré-Natal (CPN), incluindo um pacote focalizado de intervenções, podem salvar as vidas de mais 160 000 recém-nascidos. Se bem que o CPN tenha um menor impacto na mortalidade materna e dos recém-nascidos quando comparado com os cuidados prestados durante o parto e com os Controlos Pós-Natais (CpósN), isso não significa que a sua prioridade deva ser inferior. O baixo impacto adicional pode ser explicado devido a que a cobertura actual na maior parte dos países da África Sub-Sahariana já é superior em comparação com outros pacotes e por isso a diferença de cobertura dos níveis actuais para o indicador de cobertura de 90 por cento é muito menor.¹⁴ Além disso, os benefícios do CPN são muito maiores do que os obtidos apenas com a diminuição da mortalidade. O CPN é um factor crucial dos serviços de saúde formais e os programas eficazes proporcionados através dele irão aumentar o impacto e a eficácia dos cuidados de saúde durante o parto e durante o CpósN.

O número de vidas que se podem salvar varia também de acordo com o nível dos cuidados de saúde prestados. A assistência clínica especializada, incluindo os cuidados de obstetrícia e a assistência à saúde prestada aos recém-nascidos doentes nas próprias instalações dos serviços tem os impactos mais elevados, traduzindo-se numa diminuição de 51 por cento na taxa de mortalidade neonatal (TMN), e conseguindo-se assim salvar mais 590 000 vidas. A elevada cobertura dos cuidados de saúde ao domicílio e a assistência prestada aos doentes externos através de cuidados pré-natais salvaria mais uns 160 000 bebês. Com comportamentos domésticos simples que incluíssem a preparação para o parto, a amamentação, manter o bebé aquecido e a higiene, poderão salvar-se mais 104 000 vidas. Melhorar os cuidados clínicos nas instalações dos serviços de saúde às mães e aos bebês é fundamental, mas não é um processo rápido. Entretanto, muito se pode conseguir ao nível comunitário ao caminhar-se no sentido da criação de serviços de saúde materno-infantis e de recém-nascidos, integrados e eficientes (SMNI).

Para calcular os custos das intervenções essenciais a prestar aos recém-nascidos utilizou-se uma metodologia criada para a série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência das crianças²⁰ e que é utilizada na série 11 sobre a sobrevivência dos recém-nascidos. O método de cálculo dos custos incluiu o tempo despendido, os medicamentos, o acompanhamento e os custos amortizados das instalações (com base no modelo WHO CHOICE²¹) necessários para aplicar estes pacotes, mas não incluiu os custos de construção de novas instalações ou os da formação profissional de um grande número de novas parteiras, de médicos e de trabalhadores

FIGURA II.4 Como e quando salvar a maioria das vidas dos recém-nascidos: estimativas de mortes neonatais que seria possível evitar se as intervenções essenciais de saúde sobre os recém-nascidos alcançassem 90 por cento das mulheres e dos bebês

Categorias	Referência	Intervenções			
		Pré-natal	Parto	Pós-natal	
Cuidados clínicos	Referência				
	Básico/Primeiro nível				Diminuição de 26%-51% da TMN
Serviços de Extensão de Saúde/Serviços Externos					
		7 %-14 % Diminuição suplementar da mortalidade neonatal	19 %-34 % Diminuição suplementar da mortalidade neonatal	10 %-27 % Diminuição suplementar da mortalidade neonatal	Diminuição de 7 %-14 % da TMN
Família/Comunidade					
					Diminuição de 14%-32% da TMN

Fonte: Adaptado das referências^{11;14;18;19} Vide notas aos dados na página 226 para mais informações sobre a análise de impacto utilizada nesta publicação.

comunitários. (Para mais informações vide notas sobre os dados na página 226). Os países africanos já estão a despende em média, 0,58 cêntimos de dólar *per capita*, com a totalidade do pacote destas intervenções. Para dar cobertura a 90 por cento do CPN e do CpósN, são apenas necessários, respectivamente, mais 0,20 cêntimos de dólar, e 0,29 cêntimos *per capita*. A assistência durante o parto, que tem o maior potencial para salvar vidas, é compreensivelmente o mais dispendioso dos três pacotes, custando mais 0,76 dólares *per capita*. São necessários mais mil milhões de dólares para prestar a assistência incluída em todos os pacotes essenciais a 90 por cento das mulheres e dos bebés, o que representa um custo total *per capita* de 1,39 dólares. A maior parte do preço total de referência serve para apoiar pacotes e intervenções que também beneficiariam mães e crianças e para minorar as incapacidades de longo prazo, e assim melhorar a saúde global.^{22,23} Além das considerações de carácter financeiro, são necessárias orientações que especifiquem as competências necessárias, os recursos humanos e os materiais e infra-estruturas essenciais para a introdução de melhorias eficazes que salvem a vida dos recém-nascidos.²⁴ (Vide Secção IV).

Como podem as estimativas de vidas salvas e de custos necessários para melhorar a saúde ajudar-nos a melhorar as ligações durante períodos de tempo críticos e a integrar a prestação de serviços ao nível das instalações e das comunidades? Que lacunas na assistência à saúde devem ser resolvidas a fim de se alcançarem os que ainda não são abrangidos? A parte restante desta secção apresentará um panorama da cobertura actual da assistência neonatal incluída nos programas, assim como das oportunidades de melhoria e de integração de serviços nas duas dimensões dos serviços continuados de saúde - altura em que esses serviços são prestados e respectivo local.

Criação e desenvolvimento sistemático, ao longo do tempo, de serviços continuados de saúde

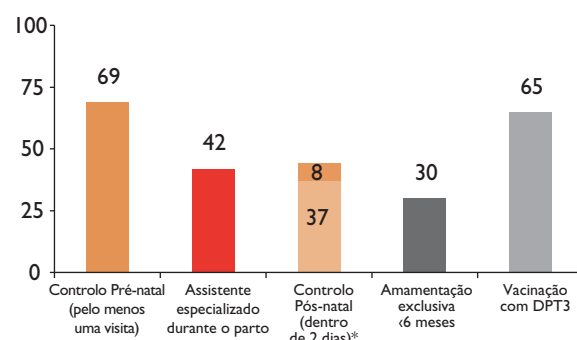
Em todos os países há reivindicações conflituosas para investimentos na saúde a nível nacional. Os serviços de SMNI, como estrutura fundamental do sistema de saúde exigem investimentos substanciais, mas muitas vezes apenas conseguem obter o que sobra dos programas “verticais” de maiores dimensões.

No passado, os programas dos serviços de SMNI optaram por excluir algumas vigas mestras dos cuidados continuados de saúde.²⁵ Os programas, por exemplo, centravam-se apenas na formação profissional do pessoal tradicional de assistência aos partos e não na criação de ligações com os serviços de saúde, ou na melhoria da qualidade desses serviços, enquanto outros se centravam exclusivamente na melhoria das intervenções dos serviços de saúde, negligenciando as mulheres e o envolvimento comunitário na saúde. Não é preciso “optar” entre saúde comunitária e serviços clínicos - ambos são necessários. As instalações dos serviços de saúde são necessárias para prestar serviços e a comunidade é necessária para divulgar comportamentos domésticos saudáveis e para exigir os serviços de que necessita. Do mesmo modo, não é necessário “optar” entre CPN, assistência durante o parto e CpósN. Em vez de lançar apelos concorrenciais para diversos pacotes ou programas, os cuidados continuados de saúde centram a sua atenção na ampla cobertura de intervenções eficazes dos serviços de SMNI e na integração - uma exigência fundamental para as mães, para os bebés, para as crianças e para as melhorias a introduzir no sistema de saúde. Para atingir a maior diminuição possível nas mortes e as maiores melhorias na saúde, todos estes pacotes devem abranger as mulheres e as crianças no nível e no período de tempo adequados.

Por isso, o objectivo é conseguir que todos os pacotes dos serviços de SMNI atinjam uma elevada qualidade e uma elevada cobertura em vez de se optar entre cada um desses pacotes. O ritmo a que cada um dos pacotes pode ser melhorado dependerá das capacidades de cada país e será determinado pelos inputs e pelos recursos necessários para aumentar as capacidades dos recursos humanos e os apoios ao sistema de saúde. À medida que aumenta a cobertura das intervenções essenciais, aumenta a qualidade e diminui a mortalidade, e altera-se o rácio custos-benefícios para intervenções mais complexas, tornando-se justificável e viável incorporar intervenções mais complexas.

Embora a maioria dos pacotes de SMNI tenha sido bem descrita desde há décadas, muitos deles têm reduzidos níveis de cobertura em África, com excepção de 69 por cento de mulheres grávidas que são atendidas em pelo menos uma consulta de CPN. (Figura II.5) Só 42 por cento de mulheres, em média, têm acesso a um especialista durante o parto, e embora haja poucos dados disponíveis, uma pequena proporção tem acesso aos CpósN na primeira semana após o parto.²⁶ Nesta ocasião crucial é que aumentam as desigualdades, quando os 20 por cento de mulheres mais ricas destes países têm três vezes mais probabilidades de beneficiarem de assistência médica especializada durante o parto do que os 20 por cento de mulheres mais pobres. (Caixa II.1) São também pouco frequentes certos hábitos fundamentais que se costumam praticar logo no início do período pós-natal, como por exemplo a amamentação. Em África, menos de um terço dos bebés com menos de 6 meses são amamentados exclusivamente pelas suas mães. Apesar de estes hábitos de amamentação exclusiva serem altamente eficazes, ainda necessitam de promoção e de apoio, particularmente em locais com elevada prevalência de VIH. É possível aproveitar o elevado nível de contacto com o sistema de saúde durante a gravidez e a infância, para aumentar a cobertura da assistência aos partos e a do CpósN, etc., através dos cuidados continuados de saúde. Também é possível estreitar o fosso que existe entre ricos e pobres no que diz respeito ao acesso aos serviços de SMNI.

FIGURA II.5 Percentagem da cobertura de intervenções essenciais ao longo dos cuidados continuados de saúde na África Sub-Sahariana



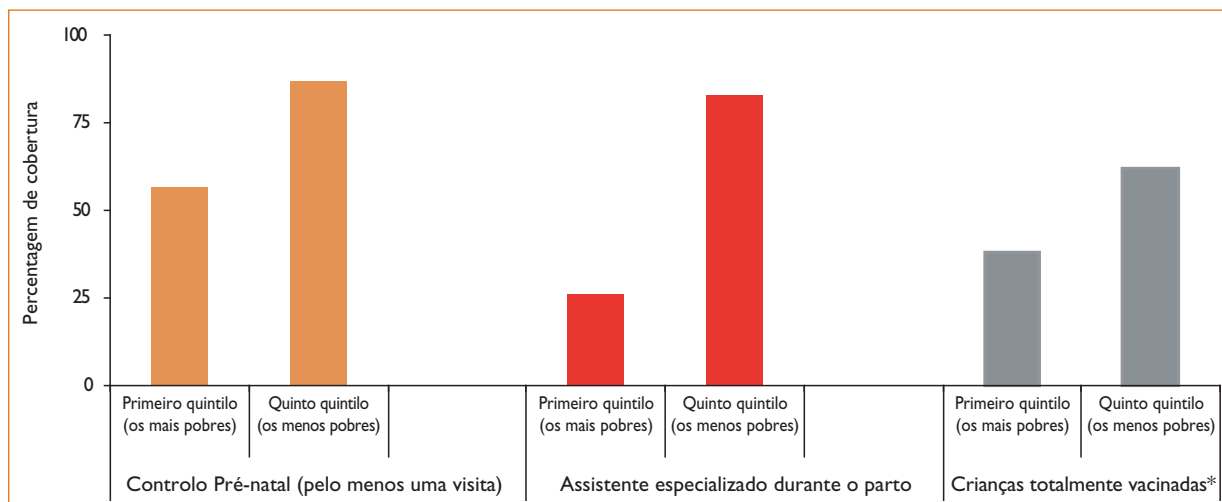
*Controlo Pós-natal: A definição habitual de CPósN nos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) parte do princípio de que todos os partos que ocorrem nos serviços de saúde beneficiaram de controlo pós-natal. Os dados do CPósN aqui representados referem-se a mulheres cujo parto mais recente ocorreu fora de um serviço de saúde (63% de todos os partos) e que beneficiaram de um check up pós-natal dentro dos primeiros 2 dias e são dados de um IDS de 1998-2005. Para mais pormenores vide notas aos dados na página 226.

^DPT3 refere-se à percentagem de crianças na primeira infância que receberam três doses de vacinas contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano (vacina triplíce) Fontes: CPN, assistência especializada durante o parto, amamentação exclusiva <6 meses, vacinação DPT3 são dados da referência²⁶ e de IDS publicados mais recentemente. Os dados da CPósN provêm de IDS de 1998-2005. Os perfis dos países fornecem, para cada país, mais informações relativas à cobertura e à equidade ao longo dos cuidados continuados de saúde

CAIXA II.1 Poderão os cuidados continuados de saúde abranger até as mães e os bebês mais pobres?

A definição amplamente aceite de equidade nos serviços de saúde sugere que o acesso a esses serviços deve corresponder à necessidade que os utentes têm deles²⁷. Contudo, a cobertura de intervenções essenciais é muitas vezes menor nos locais onde as vidas correm os maiores riscos. Há um grande fosso entre os ricos e os pobres, tanto no acesso aos serviços, como na qualidade dos serviços prestados. Certos dados provenientes de várias fontes indicam que existem disparidades significativas nos serviços de SMNI entre ricos e pobres, entre população urbana e rural e, nalguns casos, entre etnias.

Cobertura, ao longo dos cuidados continuados de saúde, dos quintilos relativos aos mais pobres e aos mais ricos em 30 países africanos



*Crianças completamente vacinadas refere-se à percentagem de crianças com 12-23 meses que receberam BCG, três doses de DPT, três doses de vacina contra a poliomielite (excluindo a dose dada pouco depois do parto) e a vacina contra o sarampo em qualquer ocasião antes do IDS.

Fonte: Análise de dados de IDS baseada em 30 conjuntos de dados de IDS da África Sub-Sahariana, 1994-2005

Os serviços e intervenções cuja prestação não é tão complexa e que são prestados a baixo custo, tendem a apresentar menores disparidades entre ricos e pobres. Por exemplo, em média há uma disparidade tripla relativamente ao recurso a pessoal especializado durante o parto entre as 20 por cento de mulheres mais ricas, em comparação com as mais pobres, enquanto relativamente às crianças completamente vacinadas, a diferença é de menos do dobro, e a disparidade no acesso a pelo menos uma consulta pré-natal é ainda menor. O local do parto está estreitamente relacionado com o estatuto socioeconómico porque as famílias mais ricas podem suportar os custos directos e indirectos associados ao parto em serviços de saúde. Esta situação corresponde a taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil que são muito superiores entre os pobres.²⁸ Quando são introduzidas novas intervenções nos sistemas de saúde, os ricos têm geralmente mais oportunidades de beneficiar delas e há um risco de aumento de desigualdades.²⁹ Melhorar os cuidados continuados de saúde tem de ser acompanhado de protecção contra os factores que excluem as mulheres marginalizadas e os seus bebês do acesso a esses cuidados de saúde quando mais necessitam deles. (Vide Secção IV)

A cobertura é baixa, mas há muitas possibilidades de melhorar os cuidados continuados de saúde: pacotes e programas ao longo da vida

Apresenta-se abaixo uma breve descrição da situação actual relativamente aos pacotes essenciais e aos programas com eles relacionados que estão incluídos nos serviços de cuidados continuados de SMNI. Os nove capítulos da Secção III tratam da cobertura e das tendências actuais com mais pormenor, e apresentam as oportunidades, as dificuldades, os estudos de casos e as medidas práticas a adoptar para se melhorarem e integrarem os cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos.

Assistência na pré-gravidez (Vide a Secção III, capítulo 1)

O bem-estar das mulheres e das raparigas está estreitamente relacionado com a educação, a alimentação e os serviços de saúde que lhes são prestados ao longo da vida. O início precoce da actividade sexual combinado com gravidezes não desejadas na adolescência tem consequências graves para a saúde das mulheres e dos seus bebês. Muitas raparigas africanas são subalimentadas, têm pouca instrução, e sofrem desde muito jovens violências e mutilações genitais relacionadas com o seu género. É frequente que estas raparigas se casem cedo, que tenham acesso limitado aos serviços de saúde e um poder limitado de tomar decisões, incluindo a de determinar o número e o espaçamento entre o nascimento de outros filhos. Diz-se que as mulheres que prefeririam adiar ou evitar a gravidez e que não usam contraceptivos têm uma “necessidade não atendida” de planeamento familiar. Na África

Sub-Sahariana, só 15 por cento das mulheres casadas ou em união de facto utilizam métodos modernos de planeamento familiar e 63 por cento não têm acesso a esse planeamento.^{30,31} A contracepção, quando bem praticada, é uma intervenção eficaz em termos de custo-benefício, que salva vidas e melhora a saúde infantil, mas que não está ao alcance de muitas mulheres africanas.

Controlo Pré-Natal (Vide Secção III, capítulos 2, 7 e 8)

A cobertura de pelo menos uma consulta pré-natal é relativamente alta na África Sub-Sahariana, atingindo o valor de 69 por cento em comparação com os 54 por cento do Sul da Ásia.²⁶ Este facto significa que é possível melhorarem-se os serviços de SMNI praticando intervenções essenciais durante as consultas pré-natais de rotina. Na África Sub-Sahariana, as mortes de recém-nascidos causadas por tétano foram reduzidas a metade durante os anos 90, em parte devido às vacinações com toxóide tetânico. Este progresso é bem nítido e tem como suporte comunicações e redes de apoio eficazes. Contudo, faltam algumas das condições para a integração de intervenções essenciais nos serviços de CPN devido a falta de informações e à existência de redes de aprovisionamento inadequadas. Identificar e tratar mulheres grávidas com sífilis é um exemplo disso. Em muitos países é de norma praticar testes nas mulheres para detecção da sífilis, mas muitas vezes faltam os materiais necessários.³² Dois outros exemplos de intervenções destinadas à saúde dos recém-nascidos que se adaptam bem ao CPN são os serviços de PTV para o VIH/SIDA e para a prevenção da malária através da promoção das redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) e do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez (TIPMG). A preparação para o parto e para as emergências médicas é igualmente uma componente importante do Controlo Pré-Natal.

Se bem que o grau de cobertura de pelo menos uma consulta de CPN seja elevado, o grau de cobertura de quatro consultas especializadas é muito inferior e não é inventariado com regularidade. Contudo, é importante obter estas informações porque a eficácia de certas intervenções, como a administração de suplementos de ferro e de ácido fólico, a vacinação por meio de toxóides tetânicos, os testes e os tratamentos da sífilis, o aconselhamento sobre a nutrição materna e infantil e o TIPMG dependem de mais do que uma consulta pré-natal.

Assistência ao parto (Vide Secção III capítulo 3)

A disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde especializados durante o parto e imediatamente após o parto é uma determinante importante da sobrevivência e da saúde tanto das mães como dos bebés. Todos os anos, 18 milhões de mulheres africanas dão à luz em casa sem assistência médica especializada e com sistemas de transporte deficientes para se dirigirem a um serviço de saúde se surgirem complicações. A cobertura média dos partos com assistência especializada pouco se modificou na região africana na última década. Os cuidados obstétricos de emergência (COE) são solicitados por cerca de 15 por cento das mulheres grávidas, mas a cobertura é baixa. Uma série de inquéritos em mais de vinte países africanos sugere que menos de um terço das mulheres grávidas que disso necessitam beneficiam de COE.

Controlo Pós-Natal (Vide Secção III, capítulo 4)

Uma boa assistência durante o período pós-natal, tanto em casa como através de ligações fortes aos serviços de saúde, é crucial para reduzir as mortes maternas e dos recém-nascidos e pode ajudar como suporte ao início de comportamentos saudáveis que podem ter efeitos benéficos duradouros. De acordo com dados de IDS relativos a 21 países africanos sub-saharianos, só 13 por cento das mulheres que dão à luz em casa beneficiam de CpósN para

si próprias e para os seus bebés dentro do prazo de três dias após o parto. Mesmo quando se aceitam os dados dos IDS, segundo os quais todas as mulheres que dão à luz num serviço de saúde beneficiam de CpósN, a verdade é que menos de metade das mulheres e dos recém-nascidos beneficiam de assistência durante esse período crucial. Há muita falta de dados para servirem de base a programas e estratégias para este serviço e não há consenso internacional para a definição de um pacote pós-natal e para os indicadores de monitorização do controlo pós-natal. As informações disponíveis acerca da qualidade do CpósN são limitadas porque se admite que todos os bebés nascidos num serviço de saúde beneficiam de controlo pós-natal, e devido a questões relativas a quando e onde o CpósN deverá ocorrer e quem deverá prestá-lo.

Amamentação precoce e exclusiva (Vide Secção III, capítulo 6)

A iniciação precoce da amamentação e da amamentação exclusiva até aos 6 meses não só influencia a sobrevivência após o primeiro mês de vida como também tem um impacto directo sobre a saúde dos recém-nascidos.³³ A amamentação feita do modo mais correcto possível é uma das acções essenciais de nutrição mais fáceis de pôr em prática e necessita de apoio para a modificação de hábitos comportamentais em casa e nas instalações dos serviços de saúde. Contudo, compreender e implementar práticas de alimentação óptimas depende muitas vezes do acesso a serviços destinados aos bebés no período crítico de tempo que se segue ao parto. Só 30 por cento dos bebés com menos de 6 meses nos países africanos sub-saharianos são alimentados exclusivamente ao peito e só cerca de 42 por cento começam a ser amamentados uma hora após o parto.²⁶ As práticas de amamentação podem ser melhoradas, mas a escassez da divulgação de informações nas ocasiões fundamentais, assim como as barreiras ao fornecimento de apoio necessário terão de ser ultrapassadas.

Atenção Integrada às Doenças da Infância (Vide Secção III capítulo 5)

A estratégia da AIDI foi concebida para reduzir a morbilidade e a mortalidade nos países em desenvolvimento através da melhoria das competências dos profissionais de saúde para a gestão de casos, da melhoria do sistema de saúde e do apoio prestado às famílias e às comunidades para que cuidem melhor das crianças doentes. A AIDI proporciona uma oportunidade importante de integração dos cuidados de saúde aos recém-nascidos nas instalações dos serviços de saúde. Mais de 40 países da África Sub-Sahariana encontram-se neste momento em fases diversas da introdução e da implementação da AIDI, pelo menos 20 países possuem um plano estratégico global para a AIDI e 14 países já possuem uma cobertura de mais de 50%. A AIDI proporciona uma importante oportunidade de integração, à escala apropriada, dos cuidados de saúde para os recém-nascidos. Se bem que as actuais normas da AIDI recomendadas pela OMS não incluam o manejo dos recém-nascidos doentes durante a primeira semana de vida, alguns países africanos, como o Malawi e a Etiópia, já deram início ao processo de adaptação.

Programas de vacinação (Vide Secção III, capítulo 9)

O Programa Alargado de Vacinação (PAV) tem por objectivo aumentar a cobertura das vacinas proporcionadas rotineiramente às mães e às crianças. O programa implica uma boa gestão, mas continua a ser acessível pela utilização de tecnologias relativamente simples de aplicar. O resultado é uma taxa de cobertura mais ampla e com menores desigualdades: 76 por cento das crianças com um ano de idade são vacinadas com BCG e 65 por cento receberam três doses de DPT (vacina tríplice).²⁶ Se bem que abranja fundamentalmente bebés e crianças mais velhas, o PAV

poderia ter também um impacto positivo na sobrevivência dos recém-nascidos. Os esforços desenvolvidos para erradicar o tétano materno e neonatal afectam directamente a taxa de mortalidade neonatal, e o PAV, como grande programa vertical, com estruturas alargadas, dispõe de diversos postos para intervenções destinadas a melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos. Quase 60 por cento dos recém-nascidos africanos nascem protegidos contra o tétano²⁶ e desde Janeiro de 2006, sete países da região já tinham erradicado o tétano materno e neonatal.³⁴ Ainda há espaço para a integração de mais intervenções destinadas aos recém-nascidos e os esforços de mobilização social do PAV podem ser utilizados para gerar uma procura destes serviços e para procurar obter apoios estratégicos, técnicos e financeiros para os cuidados de saúde a prestar-lhes.

CAIXA II.2 Princípios fundamentais para ligar os cuidados de saúde prestados no domicílio, com os cuidados prestados no hospital, e vice-versa

- Comportamentos domésticos: Trabalhar com as mulheres, as famílias e os membros da comunidade para melhorar a assistência prestada no domicílio, para tomar decisões acerca de onde procurar cuidados de saúde, e para estar activamente envolvido na concepção, na implementação e na avaliação dos programas de SMNI (incluindo os transportes de emergência e os planos financeiros) assim como para negociar e implementar comportamentos saudáveis
- Melhoria dos sistemas de saúde: afectar recursos e esforços para melhorar os sistemas de saúde
- Parcerias entre o domicílio e os serviços de saúde: melhorar a comunicação entre as mulheres, as famílias, os líderes comunitários, os profissionais de saúde, os gestores de programas, as organizações não governamentais, os doadores, o governo local e o Ministério da Saúde, para melhorar e controlar a prestação de serviços e ser responsável pela melhoria da qualidade dos serviços prestados
- Ligações entre o domicílio e os serviços de saúde: Aproveitar a mobilização comunitária e outros métodos para conseguir vias de comunicação (e.g. rádios, telemóveis) e sistemas operacionais de referênciação (e.g. equipas de maqueiros, cooperativas de transportes e residências especializadas para parturientes, junto aos hospitais, onde elas aguardem até serem para lá transportadas (Maternity waiting homes)
- Promover a responsabilidade local para resolver lacunas da assistência à saúde (e.g. mulheres em trabalho de parto que morrem a caminho do hospital) e para partilhar êxitos (e.g. reuniões de auditoria para abordar assuntos relativos aos membros da comunidade, às mães e aos recém-nascidos, com a comparência de profissionais de saúde)

Fonte: Adaptado das referências^{7,35}

Como ligar o domicílio aos serviços continuados de saúde do hospital: levar a assistência médica às famílias e as famílias à assistência médica

A dimensão “localização” do sistema de cuidados continuados de saúde exige que se liguem as intervenções praticadas em casa e na comunidade, aos serviços clínicos de qualidade das unidades de saúde primárias que, por sua vez, possuem fortes ligações com um hospital distrital. Criar ou reforçar estes laços poderá promover um diálogo interactivo que resulte numa maior utilização dos serviços. Estas ligações irão também garantir que as mulheres e os recém-nascidos com complicações sejam referenciados em devido tempo aos serviços de saúde competentes e que recebam cuidados adequados que melhorem a sua taxa de sobrevivência. (Vide Caixa II.2).

Possibilidades que a casa e a comunidade proporcionam

A casa e a comunidade são os pontos de partida da dimensão SMNI dos cuidados continuados de saúde, no que se refere à localização desses cuidados. Há dados suficientes e cada vez em maior número que provam que há intervenções viáveis ao nível da comunidade e ao longo de toda uma vida.³⁶ Apoiar a mulher a cuidar melhor de si e do seu bebé e envolver a família e a comunidade na prestação de cuidados e na tomada de decisões que têm que ver com a saúde é muito importante para a sobrevivência materna e do recém-nascido porque a maioria dos nascimentos e das mortes em África acontece em casa. Mesmo quando o parto tem lugar numa unidade de saúde, muitas mães e bebés têm alta muito cedo, por vezes no espaço de poucas horas. As decisões para se iniciarem os tratamentos ou para se adoptarem práticas preventivas são também fortemente influenciadas pelas famílias e pelas comunidades. Atribuir poderes às mulheres, às famílias e às comunidades para que melhorem a sua saúde constitui uma pedra angular fundamental do desenvolvimento.

Muitas práticas fundamentais dos cuidados de saúde dos recém-nascidos podem ser integradas com programas vigentes de saúde materna, de saúde infantil, de planeamento familiar, de promoção da nutrição e de luta contra a malária e o VIH/SIDA que já existem ao nível das comunidades. A educação sanitária e a comunicação interactiva para modificação de comportamentos são uma estratégia que utiliza o aconselhamento, os debates com os indivíduos e os grupos, assim como a mobilização e as acções comunitárias. Para conseguir alterações de comportamento ou de hábitos no âmbito da saúde materna e neonatal, podem utilizar-se vários canais, incluindo o recurso aos meios de comunicação, os debates em grupo, as reuniões de aldeia, as canções, as marchas, o teatro e os acontecimentos desportivos. Outro meio para integrar as mensagens dos SMNI é o marketing social de produtos específicos, como os contraceptivos, as RMTI, ou os *kits* de parto limpo. Certas mensagens apropriadas dos SMNI têm sido divulgadas em folhetos, em emissões de rádio, em bulas incluídas nas embalagens e em painéis utilizados na promoção e venda de produtos por meio de marketing social. Existe uma grande variedade de instrumentos, como postais com aconselhamentos, guias para a facilitação do trabalho de grupo, quadros de folhas ou painéis móveis, panfletos, os registos comunitários, os dados cartográficos, e outros manuais de formação similares que apoiam as intervenções familiares e comunitárias. A adaptação ao idioma e aos contextos locais melhora a integração e a eficácia destas mensagens. No estudo MIRA-

Makwanpur do Nepal,³⁷ adaptado de uma experiência vivida na Bolívia,³⁸ verifica-se que as práticas domésticas dos SMNI foram melhoradas através de comunicações interpessoais e do recurso a grupos participativos de mulheres. Este método está agora a ser adaptado e testado no Malawi (Caixa II.3). Também se verificou serem eficazes os métodos melhorados de coordenação e de participação, com o objectivo de se proceder à concepção e ao planeamento conjunto dos programas com membros da comunidade.

As estratégias para melhorar as práticas domésticas de cuidados de saúde são mais eficazes quando incluem uma mistura de métodos que incluam o aconselhamento e o diálogo individual, a educação e mobilização comunitária, ligações melhoradas entre a comunidade e os serviços de saúde, e melhoria do acesso a esses serviços, e da sua qualidade. Pode envolver-se uma ampla variedade de pessoas da comunidade; o que os programas eficazes têm em comum são trabalhadores comunitários com boa formação profissional

CAIXA II.3 O Poder Feminino - como adaptar e testar soluções baseadas na comunidade, desde a Ásia à África

Em áreas rurais do Nepal, quase todas as mulheres dão à luz em casa e a taxa de mortalidade materna e dos recém-nascidos é elevada. O Projecto MIRA (Mother and Infant Research Activities) - Makwanpur foi uma intervenção baseada na comunidade que procurava soluções comunitárias para a saúde materna e neonatal, recorrendo a grupos existentes de mulheres. As chamadas facilitadoras femininas reuniam-se com grupos de mulheres aproximadamente uma vez por mês e realizavam 10 sessões ao longo do ano. Os grupos identificavam problemas locais dos SMNI e utilizavam um processo participativo para formular estratégias, inclusive jogos e materiais interactivos. Procedeu-se também à melhoria do sistema de saúde através de renovações e da formação profissional na clínica local e no centro de saúde de referência. A mortalidade neonatal diminuiu de 30 por cento ao longo de quatro anos. Embora o estudo não tenha sido concebido para diminuir a mortalidade materna e o número de mortes maternas fosse pequeno, verificaram-se decréscimos significativos no grupo de intervenção (69 mortes maternas por cada 100 000 nados vivos) quando comparados com o grupo de controlo (341 mortes maternas por cada 100 000 nados vivos). As mulheres que faziam parte dos grupos de intervenção tinham mais probabilidades de beneficiar de Controlo Pré-Natal, de dar à luz nos serviços de saúde, de serem acompanhadas por um profissional e de praticarem cuidados higiénicos, do que as mulheres do grupo de controlo. Isto demonstra que os desfechos dos partos e os comportamentos saudáveis numa população rural pobre podem ser muito melhorados através de intervenções participativas de baixo custo, potencialmente sustentáveis e expansíveis, com grupos de mulheres.

Está em curso um estudo-piloto denominado MaiMwana para adaptar e testar este método no Malawi - MaiMwana significa 'mãe e filho' em Chichewa, um dos idiomas oficiais do Malawi. Este estudo de controlo aleatório envolve uma população de cerca de 150 000 indivíduos. Ao avaliar o impacto de duas intervenções de promoção da saúde com base na comunidade, o estudo MaiMwana procura melhorar a gestão comunitária descentralizada dos recém-nascidos e melhorar a prestação dos serviços de saúde através de intervenções sustentáveis em termos de custo-benefício. Dada a elevada prevalência de VIH, assim como os poderes atribuídos aos grupos de mulheres para resolverem problemas relacionados com as mortes maternas e dos recém-nascidos, a Prevenção da Transmissão Vertical do VIH/SIDA de Mãe para Filho (PTV) é assunto que está também a ser tratado nos grupos e através da melhoria do sistema de saúde.

Fonte: Adaptado das referências³⁷⁻³⁹

e bem dirigidos, que fazem parte de um sistema em que as vias de referenciação são operacionais e em que existem cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

Algumas intervenções com base na comunidade podem ser acompanhadas ou reforçadas por meio de consultas domiciliárias (e.g. cuidados domiciliários pós-natal, amamentação materna) ou podem necessitar de um trabalhador comunitário disponível da área da saúde se ocorrerem situações de emergência (por ex. onde for prática habitual o manejo de infecções respiratórias agudas pela comunidade e a referenciação do paciente, em devido tempo, para os serviços de saúde). Algumas das possíveis intervenções comunitárias são adaptações de cuidados clínicos formais, nesses casos prestados a nível comunitário devido à inexistência de serviços de saúde formais acessíveis. Quando lhes foram ministrados conhecimentos e competências adequadas, os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) provaram a sua capacidade para detectar e gerir certas enfermidades dos recém-nascidos e das crianças, como a pneumonia⁴⁰ ou a septicémia. Os resultados preliminares de um estudo realizado em Shivgarh, na Índia,

indicam uma diminuição de 50 por cento na mortalidade neonatal devida a práticas melhoradas de cuidados de saúde essenciais prestados aos recém-nascidos, sem que quaisquer outros tratamentos tenham sido aplicados em caso de doença.⁴¹ Outro estudo efectuado numa área rural da Índia revelou uma diminuição de 62 por cento da taxa de mortalidade neonatal quando foram prestados cuidados de saúde domiciliários ao recém-nascido por parte de TCS, incluindo a reanimação em casos de asfixia à nascença e o tratamento da septicémia com antibióticos.⁴² Uma característica fundamental desta experiência foi a formação profissional intensiva dos trabalhadores comunitários de saúde, assim como um acompanhamento mensal continuado da parte de pessoal afecto ao projecto. Se bem que este modelo não possa ser facilmente aplicável nos casos em que os programas sejam de grande escala, ele dá lições úteis quanto ao apoio que os trabalhadores comunitários de saúde podem prestar para melhorar as boas práticas no domicílio e para identificar as doenças dos recém-nascidos, para que sejam enviados rapidamente a um profissional de saúde mais especializado.

Os decisores de políticas e os planeadores de programas devem avaliar as suas situações locais próprias e pensar em realizar investigação operacional para determinarem a viabilidade da introdução de cuidados de saúde domiciliários à escala própria nos seus países, dado que a sua monitorização e sustentabilidade podem ser uma tarefa difícil. (Para mais informações sobre a melhoria dos serviços, vide Secção IV). Actualmente, a maioria das investigações operacionais está a ser efectuada no Sul da Ásia, e é necessário que se proceda a investigações semelhantes na África Sub-Sahariana, que sejam específicas para cuidados de saúde domiciliários. Poucos países africanos possuem uma estratégia nacional que promova a participação comunitária permanente na política da saúde, na concepção, implementação, monitorização e avaliação de programas. Actividades com base na comunidade que utilizam as melhores práticas ou métodos baseados em evidências são muitas vezes exercidas integradas em projectos em curso apoiados por doadores, que a certa altura cessam, ou que passam a funcionar mais lentamente quando se aproxima o termo do projecto.

Possibilidades proporcionadas pelas extensões de saúde e pelos serviços de consultas externas

A assistência na saúde ao nível das extensões de saúde e dos cuidados prestados aos doentes nas consultas externas melhora a sobrevivência das mulheres e dos bebés ao estabelecer uma ligação entre os domicílios e os hospitais distritais, servindo muitas vezes como primeira porta de entrada no sistema de saúde. Este nível de prestação de serviços traz para mais perto dos domicílios acções e serviços comunitários como o planeamento familiar e o controlo pré-natal e pós-natal. A maior parte dos países africanos também

proporciona unidades de extensão de saúde ou serviços móveis, num esforço para alargar a cobertura a áreas mal servidas. Pessoal proveniente de serviços periféricos e distritais presta determinados serviços especializados em locais adaptados na comunidade, prestando uma combinação de cuidados de saúde principalmente pré-natais e às crianças, com uma atenção especialmente focada no controlo do crescimento e nos serviços de vacinação. O programa Sobrevivência e Desenvolvimento Acelerado de Crianças (SDAC) - “Accelerated Child Survival and Development (ACSD)” é um bom exemplo de um caso de êxito de serviços de extensão de saúde que envolve uma ampla parceria de intervenientes que proporcionam intervenções de saúde acessíveis em termos de custo-benefício (Caixa II.4). As extensões de saúde constituem oportunidades de integração ao acrescentarem cuidados pós-natais precoces e básicos à mãe e ao recém-nascido.

Os serviços de extensão de saúde para CPN podem aconselhar as mulheres grávidas a procurarem os serviços antes do início do trabalho de parto, o que pode exigir que, numa cidade, se incentivem as mulheres a mudarem-se para casa de uma pessoa de família, ou que se promova a existência de residências onde aguardem a maternidade, junto de um hospital, assim que se iniciem as contracções. Estas residências, muitas vezes geridas por organizações locais não-governamentais são lugares onde uma mulher grávida, juntamente com um acompanhante, pode esperar pelo início das primeiras contracções. Neste momento há vários exemplos dessas residências no Malawi, em Moçambique, na Nigéria e no Zimbabué, entre outros países. O resultado global é que é mais fácil, seguro, menos dispendioso e menos traumático para uma mulher, deslocar-se até um serviço desses, quando prevê estar próximo o parto, do que quando tem de ser para lá levada no meio de uma complicação, em situação de emergência (Vide Secção III, capítulo 3).

CAIXA II.4 Programa “Sobrevivência e desenvolvimento acelerado das crianças (SDAC)”

A África Ocidental é a região do mundo com as maiores taxas de mortalidade materno-infantis e neonatais. Em 2002 teve início uma colaboração em larga escala entre 100 distritos de 11 países da África Ocidental, cujo objectivo era um método faseado de melhorar as intervenções essenciais na saúde infantil. Fundamental para o êxito é a existência de uma parceria. Financiado pelo Governo Canadiano e instituído pela UNICEF, o SDAC envolve a competência e a colaboração de múltiplos intervenientes, incluindo governos e ministérios da saúde, a OMS, o Banco Mundial, organizações não governamentais (ONG) e líderes comunitários locais.

Através do SDAC estão a ser articuladas e integradas num pacote eficaz em termos de custo-benefício, intervenções destinadas às crianças e às mulheres grávidas, que incluem a vacinação das crianças e das grávidas, a administração de micronutrientes suplementares, a promoção da amamentação, o fornecimento de soluções orais de reidratação para casos de diarreia e redes mosquiteiras para protecção das crianças e das mulheres contra a malária. A fase seguinte irá alargar-se a mais países, implicar uma maior cobertura e incluir mais intervenções para resolver complicações com os recém-nascidos. O método centra-se no alargamento da cobertura sanitária às comunidades ainda mal servidas e prevê esforços para a implantação de extensões comunitárias de saúde para a prestação de serviços e para o aprovisionamento de produtos mais próximo das famílias. Os serviços de extensão são também acompanhados por programas de educação das famílias no que se refere às práticas domésticas de saúde a prestar às crianças.

Até agora, as avaliações revelaram aumentos nas coberturas, especialmente nas intervenções relacionadas com materiais e produtos como as RMTI, mas as avaliações do impacto sobre a mortalidade ainda não estão disponíveis. A UNICEF calcula que o número de mortes infantis terá baixado em cerca de 20 por cento em média nos 16 distritos onde o programa foi totalmente implementado e de 10 por cento onde foi aplicado apenas parcialmente.

Fonte: Referência⁴³

Possibilidades proporcionadas pelos serviços de saúde - centros de saúde básicos e hospitais de referência

No topo do sistema de serviços de saúde está o hospital distrital, que serve como hospital de referência e que deverá prestar um pacote nuclear de serviços por meio de um número determinado de pessoal e do correspondente equipamento e materiais.¹⁹ Para salvar vidas de recém-nascidos, os hospitais distritais devem ser equipados para prestarem cuidados obstétricos de emergência, para resolverem complicações das parturientes e dos recém-nascidos relativamente às situações mais importantes, como a asfixia à nascença, os casos de bebés prematuros e de baixo peso, e os casos de septicémia. Melhorar os apoios à asfixia à nascença, às infecções e às complicações dos prematuros no hospital poderá salvar até 330 000 vidas de recém-nascidos. Tanto quanto aumentar a cobertura dos serviços, a melhoria da qualidade é igualmente fundamental. Um importante instrumento são as auditorias às mortes das mães, dos recém-nascidos e dos nados-mortos que, quando postas em prática, têm como resultado salvar vidas.^{44/45} A Caixa II.5 apresenta um exemplo de solução

em parceria para melhorar os cuidados de saúde num distrito rural do Uganda.

Ao nível dos cuidados primários de saúde, os serviços periféricos de saúde e o pessoal devem ser preparados para prestar assistência a partos não complicados e para prestar cuidados básicos obstétricos de emergência e cuidados imediatos aos recém-nascidos, como a higiene, o aquecimento, e o apoio às melhores práticas de nutrição e de reanimação quando necessário. Além disso, estes serviços deverão poder tratar recém-nascidos doentes e bebés com baixo peso e referenciá-los para outro serviço ou hospital de referência sempre que necessário. Prestar nos serviços cuidados extra a estes bebés, especialmente os “Método Mãe Canguru, MMC”, e outros apoios à nutrição, é fundamental para salvar vidas e promover um desenvolvimento saudável. As profissionais de saúde com formação de parteiras podem executar com segurança tarefas para salvar vidas, incluindo a remoção manual da placenta, a extracção por vácuo e o diagnóstico dos recém-nascidos doentes. Este facto levou alguns países a reverem as políticas nacionais de modo a que o pessoal dos serviços periféricos possa executar estes procedimentos.

CAIXA II.5 Parcerias em acção para melhorar os cuidados obstétricos no Uganda

Kiboga é um distrito rural do Uganda e o “Projecto Uganda-Canadá para Salvar as Mães - Save the Mothers Uganda-Canada Project”, entre as comunidades profissionais de obstetrícia e de ginecologia do Uganda e do Canadá, é um exemplo de melhoramento dos cuidados de saúde ao nível dos serviços, com soluções inovadoras de parceria. Uma primeira análise da situação revelou que a maioria dos partos ocorreu em casa, e que as complicações foram tratadas primeiro em casa e com medicamentos nela existentes. Este projecto demonstrativo tinha por objecto aumentar a disponibilidade e a utilização de serviços obstétricos essenciais no distrito de Kiboga, Uganda. A equipa multidisciplinar do projecto, em Kiboga, era constituída por vários funcionários de saúde e vários membros da comunidade: um obstetra, outros profissionais de saúde com formação, parteiras, enfermeiras e representantes dos interesses da comunidade. As parteiras locais perceberam a importância de incluir assistentes tradicionais de partos (ATP) nos esforços para reduzir a mortalidade e a morbilidade materna e neonatal e exprimiram o desejo de melhorar o seu relacionamento com as ATP. Estas foram encorajadas a trazer as mulheres para se submeterem aos cuidados de saúde pré-natais e, no mínimo, a facilitarem o acesso aos serviços de COE por ocasião das complicações.

As intervenções principais incluíram:

- A melhoria das competências do pessoal médico, incluindo as das parteiras, relativamente aos COE básicos e aos mais complexos
- A melhoria dos serviços de saúde distritais relativamente aos equipamentos essenciais, aos materiais e produtos e aos medicamentos necessários aos COE
- A diminuição das barreiras sociais e culturais na prestação dos cuidados de saúde maternos, especialmente através do trabalho com ATP (Assistentes Tradicionais de Partos)
- A melhoria das comunicações e dos transportes de um nível de serviço para o seguinte, para as mulheres necessitadas de COE
- A avaliação das intervenções da iniciativa no que se refere à sua viabilidade, impacto e vantagens custo-benefício

Vinte e quatro meses após o início do projecto, o distrito de Kiboga possui serviços essenciais completos de saúde obstétrica, satisfazendo assim os padrões mínimos recomendados. A abertura de seis maternidades distritais, providas de parteiras, ajudou a melhorar a distribuição geográfica dos serviços, prestando pelo menos quatro dos seis serviços básicos obstétricos essenciais. Houve um aumento impressionante do número de mulheres com complicações obstétricas que foram tratadas, tendo esse número passado de 4 por cento em 1998, para 47 por cento em 2000.

Fonte: Referência⁴⁶

Dificuldades a enfrentar quando da introdução de cuidados continuados de saúde

Se bem que existam aspectos positivos nos cuidados continuados de saúde, também existem dificuldades a vencer. Isto é especialmente evidente quando se trata de abranger as populações pobres, rurais e remotas que correm os maiores riscos e que, contudo, são as que têm pior acesso aos cuidados de saúde. As barreiras a estes cuidados ultrapassam os serviços de saúde e incluem questões como as limitações financeiras e de transportes. Estas e outras dificuldades ao melhoramento dos serviços de saúde descrevem-se em resumo no Quadro II.1 relativamente a cada tipo de serviços prestados - família/comunidade, doente externo/extensão de saúde e cuidados clínicos. O aspecto mais saliente situa-se nas limitações mais comuns que afectam os serviços de SMNI, especialmente a assistência aos recém-nascidos. As causas subjacentes a estas dificuldades e os exemplos de estratégias operacionais para resolver as limitações e os constrangimentos estão também lá resumidas.

Uma limitação crucial é a dos recursos humanos, especialmente a falta de assistentes especializados²⁴. Além disso, o financiamento dos serviços de SMNI é inadequado, dada a dimensão do problema, os custos das soluções e os benefícios para as mulheres, para os bebés, para as crianças e para a saúde e o desenvolvimento dos países. Estas e outras dificuldades dos sistemas de saúde serão debatidas com mais pormenor na Secção IV.

Se bem que as dificuldades ao nível dos serviços tenham de ser resolvidas, o facto de em África a maioria dos nascimentos e das mortes dos recém-nascidos ocorrer em casa significa que as parcerias comunitárias com êxito, a mobilização social e a transmissão de informações sobre a modificação da educação sanitária e a alteração dos comportamentos também são necessárias para salvar vidas. Certas determinantes socioculturais, como especialmente a falta de igualdade entre os sexos, e o baixo estatuto das mulheres no lar e nas comunidades, também diminuem a capacidade de as mulheres procurarem cuidados de saúde ou agirem quando ocorre uma complicação.

Conclusão

Para se melhorarem os pacotes fundamentais dos cuidados continuados de saúde nos países da África Sub-Sahariana e se atingirem os 4º e 5º objectivos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, é necessário que se avance mais rapidamente. Os serviços essenciais têm de abranger mais famílias, especialmente as famílias pobres. Uma atenção redobrada para salvar as vidas dos recém-nascidos a fim de se atingir o 4º objectivo dos ODM também possibilitará que se acelerem os progressos em direcção ao 5º objectivo dos ODM, visto que muitas intervenções destinadas aos recém-nascidos estão relacionadas com os cuidados a prestar às mães. O foco das atenções começou a deslocar-se de programas verticais para cuidados continuados de saúde integrados para resolver as necessidades de saúde das mulheres, dos recém-nascidos e das crianças. As intervenções, tanto as preventivas como as terapêuticas, deverão dar prioridade ao período mais crítico - o parto e os primeiros dias de vida, e ao local onde os cuidados são mais necessários - em casa ou perto de casa, com fortes ligações aos cuidados prestados nos serviços. Apoiar a saúde dos recém-nascidos não implica lançar um apelo para um novo esforço de programação vertical, mas sim para um reforço e integração dos serviços existentes para os tornar mais eficientes, dinâmicos e receptivos às necessidades das mães, dos recém-nascidos e das crianças. Rever os cuidados prestados aos recém-nascidos e analisar a

QUADRO II.1 Dificuldades para fazer chegar aos pobres os serviços de saúde neonatal, através da família e/ou da comunidade, de serviços de móveis de proximidade e de serviços clínicos

Dificuldades	
Casa, família e nível comunitário	Determinantes sociais da saúde, obstáculos à utilização dos serviços de saúde, informações inadequadas relativamente aos comportamentos saudáveis em casa e procura de cuidados de saúde
	Fornecimento adequado de produtos domésticos para a saúde, a preço acessível
	Falta de trabalhadores comunitários, e/ou falta de ligações eficazes ao sistema de saúde
Serviços de proximidade e de doentes externos	Baixa qualidade dos cuidados de saúde
	Aprovisionamento aleatório de produtos essenciais e de diagnóstico
	Baixa procura de cuidados de saúde, seu uso tardio e incumprimento das indicações dadas pelos médicos ou por outros profissionais
Assistência médica (a nível primário e a nível de referência)	Falta de pessoal especializado, especialmente nas áreas onde é difícil prestar serviços
	Deficiente qualidade dos cuidados de saúde nos sectores público e privado
	Uso tardio dos serviços e incumprimento das indicações de tratamento
	Inacessibilidade dos pobres aos serviços devido ao seu custo elevado

Fonte: Adaptado da referência¹³
Ver mais pormenores sobre estratégias e exemplos operacionais na Secção IV

Causas subjacentes	Estratégias operacionais
<p>Pobreza; falta de mecanismos de participação comunitária; mensagens irrelevantes ou inadequadas; má divulgação das estratégias; práticas culturais prejudiciais; inexistência de um quadro legal para a igualdade de géneros e sobre o estatuto das mulheres</p>	<p>Rever as políticas relacionadas com o apoio à família e à comunidade relativamente à SMNI Criar mensagens específicas e utilizar canais múltiplos de distribuição para resolver o problema das práticas culturais Ponderar esquemas de transportes locais e planos de emergência para empréstimos de dinheiro Promover a colaboração intersectorial (e.g. através de saneamento, educação, etc.)</p>
<p>Acessos e transportes para as comunidades Custo dos materiais e dos produtos; mercados deficientes; inexistência de um quadro legal para a venda a retalho dos materiais e dos produtos</p>	<p>Reforçar a logística, incluindo a distribuição baseada na comunidade Desenvolver a comercialização social (e.g. TMI, kits de parto limpo) e quadros legais Subsidiar os produtos e os materiais se necessário</p>
<p>Políticas inconsistentes para os cuidados primários de saúde Papéis e formação mal definidos, falta de supervisão Depender do voluntariado, falta de remunerações ou de outras compensações</p>	<p>Revitalizar os papéis dos trabalhadores comunitários de saúde existentes para tornar prioritárias actividades de grande impacto e incluir remunerações ou outras compensações, e rever as políticas relevantes Conceber pacotes de formação eficazes, supervisionar permanentemente e actualizar os métodos de formação</p>
<p>Falta de normas para os cuidados de saúde; as directrizes globais existentes são desconhecidas, ou não estão adaptadas ou não são promovidas a nível nacional; supervisão deficiente e absentismo; diferenças sociais e culturais entre os serviços e a comunidade</p>	<p>Promover directrizes e/ou normas baseadas em evidências Melhorar a formação em serviço e a formação antes do ingresso na vida profissional Supervisão e incentivos, não necessariamente financeiros Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, incluir a perspectiva que as mulheres e a comunidade têm deles</p>
<p>Gestão deficiente da cadeia de aprovisionamentos Falhas nos transportes e na cadeia de frio</p>	<p>Criar políticas para os produtos e materiais essenciais Melhorar as competências da equipa de gestão de materiais Ponderar a utilização de tecnologia adequada</p>
<p>Falta de informação, experiências negativas com o sistema de saúde, distâncias e custos</p>	<p>Educação na área da saúde Melhoria das ligações com a comunidade Diálogo com a comunidade e sua mobilização Envolvimento da comunidade na concepção dos programas e no melhoramento da qualidade Controlar e acompanhar as desistências, especialmente no caso da PTV e das vacinações</p>
<p>Políticas de recursos humanos inadequadas; número insuficiente de pessoal formado; baixas remunerações; falta de incentivos para trabalhar em áreas rurais; pessoal especializado limitado às áreas urbanas; absentismo; fuga de cérebros</p>	<p>Plano para os recursos humanos, incluindo a formação, a colocação do pessoal, a sua retenção nos serviços, a combinação das especialidades das equipas em termos de diversidade e a regulamentação do pessoal de saúde informal e qualificado Ponderar a possibilidade de um regime de remunerações baseadas no desempenho Prémios ou incentivos para trabalho árduo em áreas rurais, se necessário</p>
<p>Inexistência ou desconhecimento de normas de cuidados de saúde; percepção insuficiente das situações de emergência; formação muitas vezes não baseada nas competências; responsabilização e motivação insuficientes do pessoal de saúde; carências de materiais e produtos básicos e de medicamentos</p>	<p>Adaptar e implementar directrizes clínicas Melhorar a formação em serviço e a formação antes do ingresso na vida profissional activa, a supervisão e a garantia de qualidade Auditorias clínicas e auditorias à mortalidade das mães, dos recém-nascidos e dos nados-mortos Melhorar a logística dos aprovisionamentos e dos medicamentos, incluindo a dos serviços essenciais de laboratório</p>
<p>Demoras no reconhecimento de doenças, no processo de tomada de decisões e falta de transportes; diferenças sociais e culturais entre o pessoal de saúde e os doentes, especialmente os pobres</p>	<p>Utilizar uma combinação de estratégias se necessário, incluindo preparação para o parto e para as emergências, esquemas de transporte, esquemas financeiros e residências de trânsito para a maternidade Pugnar por tecnologias de telecomunicações para poder dar respostas rápidas</p>
<p>Baixos rendimentos e/ou recursos, inexistência de sistemas de segurança social Práticas de corrupção pelos prestadores de serviços do sector público Custo elevado dos cuidados de saúde do sector privado</p>	<p>Proteger os pobres com uma combinação de métodos, incluindo: protecção contra as taxas moderadoras, fundos comunitários e empréstimos, cuidados de saúde subsidiados, transferências condicionais de verbas, seguros de saúde, reembolsos aos prestadores baseados em senhas, assegurar a responsabilização do sistema de saúde</p>

metodologia dos cuidados continuados de saúde possibilita que os países identifiquem e resolvam nas políticas nacionais as lacunas críticas que impedem a prestação de serviços de SMNI de qualidade, o melhoramento das estruturas organizacionais, a formação profissional, as estratégias programáticas e as operações de controlo e de avaliação.

Existem muitas possibilidades de se melhorarem os serviços de saúde materna, neonatal e das crianças aos vários níveis dos sistemas de saúde, antes e durante a gravidez, e ao longo dos períodos pré-natal, do parto e pós-natal, e durante a infância. Os serviços de SMNI podem ser integrados com iniciativas em curso como a nutrição e a promoção da amamentação, os programas de luta contra o VIH/SIDA, os programas de prevenção da malária, e os programas de vacinação, entre outros. Há um amplo espaço ainda vazio para a introdução de modificações significativas destinadas aos recém-nascidos africanos que terão um impacto positivo no conjunto do sistema de saúde. Contudo, sem um empenho forte da parte dos governos, das organizações profissionais, dos doadores, dos interesses do sector privado, e da sociedade civil, a integração, e muito menos a implementação, é improvável. Os nove capítulos que se seguem na Secção III tratarão em pormenor dos aspectos práticos do reforço e da integração dos programas existentes nos cuidados continuados de saúde, e a Secção IV tratará das questões transversais dos sistemas de saúde e dos aspectos práticos do investimento e dos melhoramentos integrados a introduzir.



Mais informações

- WHO. World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization; 2005.
- WHO. World Health Report 2005: Policy brief one. Integrating maternal, newborn and child health programmes. Geneva, World Health Organization; 2005.
- de Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Household to Home Continuum of Maternal and Newborn Care. Baltimore, Maryland, The ACCESS Program, JHPIEGO; 2005.
- Sines E, Tinker A, Ruben J. The Maternal- Newborn-Child Health Continuum of Care: A Collective Effort to Save Lives. Washington, DC, Save the Children and the Population Reference Bureau; 2006.
- Otchere S and Ransom E. Bringing Care Closer to Mothers and Newborns: using the Gap Analysis Tool to develop a home to hospital continuum of care. Washington, DC, Save the Children; 2005.
- Lovich R, Rubardt M, Fagan D, Powers M. Partnership defined quality: a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement. Washington, DC, Save the Children; 1996.
- Howard-Grabman L and Snetro G. How to mobilize communities for health and social change. Baltimore MD, Health Communication Partnership.

Oportunidades

de prestar cuidados de saúde aos recém-nascidos
previstas nos programas existentes

III

Esta secção apresenta um panorama das oportunidades existentes para melhoria dos serviços de saúde maternos, neonatais e infantis essenciais (SMNI) ao longo dos cuidados continuados de saúde:

CAPÍTULO 1. Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez

CAPÍTULO 2. Controlo Pré-Natal

CAPÍTULO 3. Controlo durante o parto

CAPÍTULO 4. Controlo Pós-Natal

CAPÍTULO 5. Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

CAPÍTULO 6. Promoção da nutrição e da amamentação

Três capítulos debatem as oportunidades existentes para integrar os serviços de SMNI com outros programas fundamentais

CAPÍTULO 7. Programas de prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho (PTV)

CAPÍTULO 8. Programas de controlo da malária

CAPÍTULO 9. Programas de vacinação

Cada capítulo desta Secção contém um panorama da situação actual dos pacotes ou dos programas, das oportunidades e das lacunas, dos estudos de casos, das medidas a tomar, assim como uma lista dos recursos dos programas fundamentais e dos materiais de referência necessários aos serviços de SMNI.





Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez

Maureen Norton, Trish MacDonald, Winnie Mwebesa, Luwei Pearson

Uma má nutrição, práticas prejudiciais como o casamento precoce e a mutilação genital feminina (MGF), e o acesso desigual à educação, contribuem para a saúde precária das mulheres e dos seus recém-nascidos e crianças, ao longo da vida. Todos os anos engravidam milhões de jovens adolescentes em África. Engravidar muito cedo na vida e repetidamente acarreta um aumento significativo dos riscos de complicações e de morte para as mães, para os bebés ainda no ventre materno e para os recém-nascidos, e está também associado a um maior risco de infeções sexualmente transmitidas (IST) e de VIH/SIDA.

Numa região onde a gravidez precoce e a elevada fertilidade são a norma, a educação e o aconselhamento sobre a necessidade de fazer um intervalo de pelo menos 24 meses entre um nascimento e a gravidez seguinte, têm uma relevância muito especial. A protecção dupla que salvaguarda contra gravidezes indesejadas e IST, incluindo o VIH, é fundamental no contexto africano. A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos requerem a atribuição de poderes e competências e a promoção da saúde ao longo da vida, incluindo a nutrição e a educação, a prevenção da MGF, assim como o planeamento e o espaçamento saudáveis entre as gravidezes. Como poderá uma atenção mais completa prestada ao bem-estar das jovens e das mulheres fazer progredir a saúde materna, neonatal e infantil africana? Quais são as dificuldades a enfrentar e como será possível resolvê-las?



Problema

O bem-estar das mulheres e das jovens está estreitamente interligado com a nutrição, a educação e com os serviços de saúde de que beneficiam durante toda a vida. Quando as jovens são desvalorizadas, são mal alimentadas, possuem pouca instrução e passam por gravidezes frequentes e demasiado cedo na vida, os efeitos nelas e nas mulheres são pronunciados. Menos óbvios são os efeitos na saúde e na sobrevivência dos seus filhos.

Efeitos nas jovens e nas mulheres: A educação proporciona oportunidades para se avançar na vida e para se conquistar auto-estima, mas milhões de jovens africanas não frequentam a escola. O impedimento de gravidezes indesejadas e de infecções sexualmente transmitidas (IST) requer auto-estima e capacidades de negociação, assim como contraceptivos que proporcionem protecção dupla, ou seja, protecção contra a gravidez e também contra as IST, especialmente o VIH/SIDA¹. Em África, por cada rapaz recém infectado com VIH, há entre três e seis raparigas recém infectadas.²

Muitas mulheres africanas sofrem violências a pretexto do seu género/sexo, mesmo quando ainda são muito jovens. A mutilação genital feminina (MGF), muitas vezes denominada “circuncisão feminina”, é um procedimento que envolve a remoção parcial ou total dos órgãos sexuais externos, ou outras lesões sobre os órgãos sexuais femininos devido a razões culturais, religiosas ou outras razões não terapêuticas. A MGF é geralmente praticada em raparigas de 10 anos ou ainda mais novas. A MGF é não só uma infracção contra os direitos das mulheres, como também há novas evidências que demonstram que a MGF tem efeitos prejudiciais na sua saúde e na dos seus filhos: as mulheres que foram submetidas à MGF têm muito mais probabilidades de ter complicações durante o parto.³ As raparigas com menos de 14 anos de idade são as que correm mais riscos. A MGF está relacionada indirectamente com uma outra tragédia de saúde - a fístula obstétrica - que afecta 100 000 jovens, a maior parte delas em África.

Milhões de jovens adolescentes com menos de 18 anos engravidam todos os anos em África. As elevadas taxas de gravidez das adolescentes reflectem a realidade de casamentos ocorridos em idade precoce, mas também uma reduzida utilização de preservativos. As crianças que dão à luz crianças tendem a ficar isoladas e sem acesso aos serviços de saúde e à educação.⁴ Um estudo latino-americano sobre a gravidez em adolescentes revelou - após ajustamento relativamente a 16 factores passíveis de introduzir elementos que confundiriam os resultados - que as adolescentes com 15 anos de idade ou menos corriam riscos de morte e de anemia superiores durante o parto, quando comparadas com mulheres de 20 a 24 anos. Além disso, todas as adolescentes correm maiores riscos de parto obstruído que implica parto assistido, episiotomia, hemorragia pós-natal e infecções graves.⁵

Efeitos nos recém-nascidos: As gravidezes que ocorrem demasiado cedo, demasiado frequentes e pouco espaçadas, ou demasiado tarde na vida de uma mulher, implicam riscos maiores de nados-mortos e de mortes de recém-nascidos. As elevadas taxas de gravidez entre as adolescentes ajudam a explicar por que razão a África Sub-Sahariana apresenta as maiores taxas de mortalidade de jovens mães e de bebés. As adolescentes correm um risco maior de os seus bebés nascerem prematuramente, e de serem mais pequenos relativamente à sua idade gestacional.⁵ A MGF está também associada a riscos substancialmente maiores para o bebé, durante o parto.³

Efeitos nas crianças: A boa alimentação começa durante a gravidez e deve ser mantida nos recém-nascidos e nas crianças. Se ocorrer outra gravidez demasiado cedo, a mãe pode deixar de amamentar o primeiro bebé cedo demais, colocando-o em risco. Quando as mulheres engravidam mais cedo do que o planeado, as outras crianças podem não receber os cuidados necessários (e.g. as vacinações) ou os cuidados de saúde atempados quando adoecem.

Este capítulo apresenta uma panorâmica da promoção da saúde e da atribuição de poderes e competências ao longo da vida, incluindo uma descrição da situação actual em África relativamente à nutrição e à educação das jovens, e à prevenção de práticas prejudiciais, como a MGF. Depois descrevemos os benefícios de um planeamento saudável e do espaçamento das gravidezes, especialmente em relação às jovens. Destacam-se as oportunidades de melhoria dos cuidados de saúde antes da gravidez, especialmente em virtude da elevada proporção de jovens cujas gravidezes não são planeadas e de mulheres que prefeririam espaçar as suas gravidezes de, pelo menos, dois anos, mas que, contudo, não o conseguiram. Sugerem-se acções práticas para melhorar a saúde das jovens e das mulheres, acções que também beneficiam os bebés.

Promoção da saúde e dos poderes e competências ao longo da vida, especialmente quanto às adolescentes

Garantir a alimentação essencial às jovens e às mulheres

Uma boa alimentação durante a primeira infância e ao longo da adolescência constitui a base de uma reprodução saudável. Uma alimentação deficiente tem efeitos intergeracionais - as jovens de reduzida estatura têm mais probabilidades de gerar bebés pequenos (Figura III.1.1).⁶ As principais causas de um baixo peso à nascença (BPN) são um parto prematuro e limitações ao crescimento no útero. Em África, as infecções como a malária têm um efeito importante, apesar de soluções que já estão bem documentadas. A subnutrição das jovens e das mulheres grávidas é também

importante, particularmente onde a fome ou a insegurança alimentar ocasional sejam comuns.⁷ É frequente que as mulheres africanas continuem a trabalhar arduamente nos campos quando a gravidez já vai avançada, aumentando assim o risco de crescimento insuficiente do feto e de parto prematuro. Melhorar a alimentação durante a gravidez implica ter de lidar com normas sociais e tabus relativos à alimentação, assim como promover a saúde.

Os primeiros dois anos de vida são uma ocasião fundamental para quebrar o ciclo vicioso da má nutrição. Após o nascimento, a amamentação precoce e exclusiva durante seis meses, seguida da introdução de suplementos alimentares, é essencial para melhorar a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos e das crianças. A Secção III, capítulo 6, contém mais informações acerca de acções essenciais sobre a nutrição.

Educar todas as crianças, especialmente as raparigas

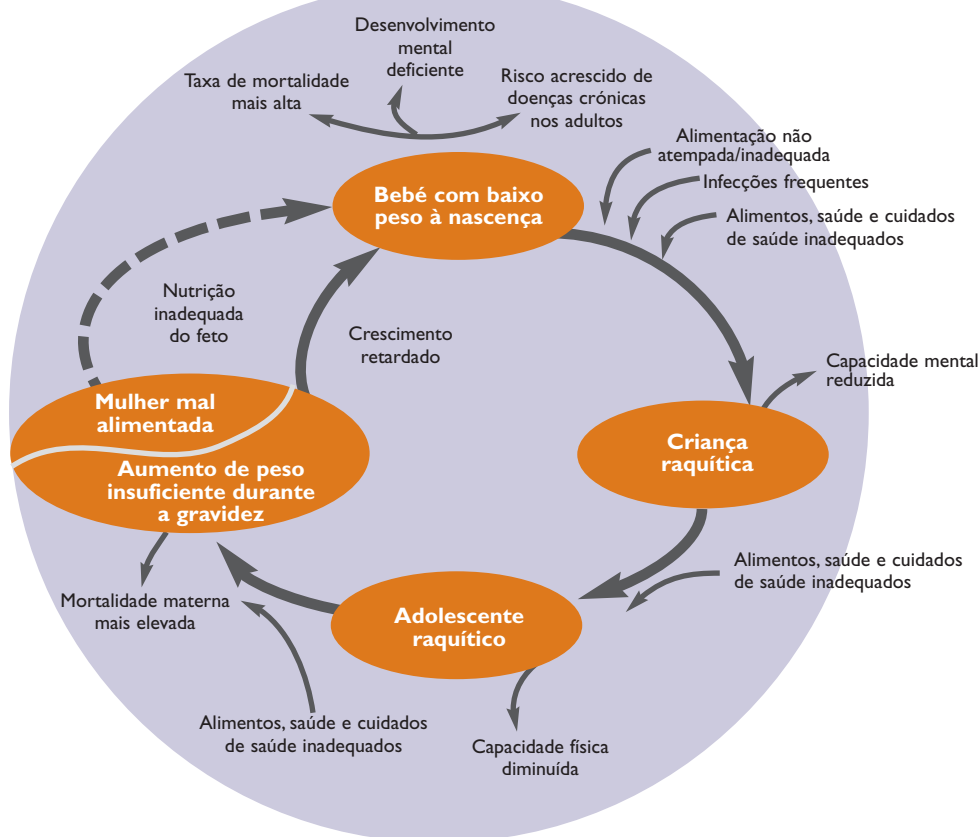
A educação proporciona oportunidades de adquirir conhecimentos e competências e melhora as perspectivas de vida. Contudo, a pobreza e as desigualdades entre os sexos, impedem milhões de raparigas de frequentarem a escola. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para a educação universal (2º objectivo dos ODM) e para a igualdade entre os sexos (3º objectivo dos ODM) mencionam as diferenças na educação existentes entre eles. A nível

mundial, estas diferenças no ensino básico estão a desaparecer, mas em África ainda há mais rapazes na escola do que raparigas. Só 49 por cento das raparigas completam o ensino básico e apenas 30 por cento estão matriculadas no ensino secundário na África Sub-Sahariana.⁸ Os benefícios da educação prolongam-se por toda a vida. As mulheres com instrução têm mais probabilidades de saber procurar cuidados médicos durante a gravidez e o parto e as sociedades com jovens mais instruídas têm taxas de mortalidade neonatal mais baixas (Figura III.1.2). A nível individual, após controlo e correcção de factores que poderiam introduzir erros nos resultados, verifica-se que uma mãe instruída reduz os riscos de morte do filho.⁹ Contudo, a educação não está ao alcance de muitas mulheres, especialmente as pobres.

A pobreza não deve constituir uma barreira contra a educação das raparigas. O produto interno bruto (PIB) anual *per capita* do Quênia é apenas de 460 dólares, mas há quase tantas raparigas como rapazes matriculadas nas escolas básicas e as matrículas das raparigas nas escolas secundárias estão a aumentar constantemente. O Governo do Quênia estimulou este progresso ao introduzir em 2003 o ensino básico grátis e está actualmente a trabalhar em mais reformas que se concentram no acesso e completamento dos estudos para as raparigas. O acesso à educação está também a aumentar para as raparigas dos Camarões, um país com um PIB anual *per capita* de apenas 800 dólares. O país passou por um aumento de 15 por cento nas matrículas de raparigas no ensino

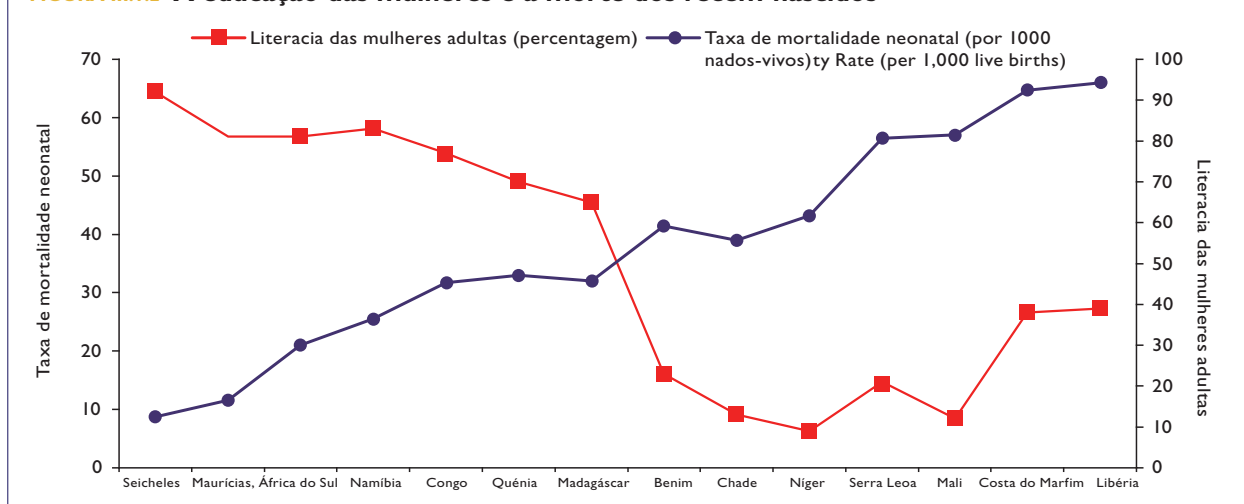
FIGURA III.1.1 Subnutrição: um legado intergeracional

Alimentação Deficiente ao Longo da Vida



Fonte: Adaptado da referência "ACC/SNC appointed Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century".

FIGURA III.1.2 A educação das mulheres e a morte dos recém-nascidos



Fonte: Adaptado da referência¹⁰, dados das referências^{11,12}, e de Inquéritos Demográficos e da Saúde recentes. Vide notas sobre os dados na página 226.

básico desde 1990 e pôs em prática uma iniciativa a nível nacional para melhorar as instalações escolares e incrementar o acesso à educação.²

Atribuir poderes e competências às jovens e às mulheres e modificar as normas e as políticas sociais

Quaisquer modificações duradouras nas vidas das jovens africanas exigirão mais do que a melhoria da alimentação e do acesso ao ensino e aos serviços de saúde. O envolvimento da comunidade e a atribuição de poderes e competências são requisitos prévios da saúde.¹³ A atribuição de poderes e competências às jovens e às mulheres implica o alargamento dos seus poderes e capacidades para participarem em, negociarem com, influenciarem, controlarem e responsabilizarem instituições que afectem as suas vidas. Muitas famílias africanas vivem em condições de privação em que as mulheres e os seus recém-nascidos são especialmente vulneráveis. As estratégias de atribuição de poderes e competências devem centrar-se na habilitação de grupos marginalizados para que consigam alterações das condições consideradas prejudiciais para as mulheres e suas famílias e para obterem acesso a recursos sociais que promovam a saúde.¹⁴

Os métodos multi-sectoriais que conseguiram atribuir esses poderes e competências às raparigas e às mulheres jovens incluem as actividades educacionais e as aptas a gerar rendimentos, e as que envolvem entidades não ligadas à saúde, tais como líderes políticos e religiosos, e os homens em geral. Garantir que são respeitados os direitos definidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança (International Convention of the Rights of the Child), pode exigir que se introduzam modificações específicas na legislação local. As comunidades da Etiópia estão a aumentar com êxito a idade mínima para o casamento e a fazê-la cumprir através de acções judiciais (Caixa III.1.1). Entidades defensoras da saúde no Egipto estão a trabalhar com líderes religiosos e outros grupos não ligados à saúde, para ajudar as famílias a compreenderem os riscos da gravidez precoce e anual (Caixa III.1.3). Algumas comunidades estão a conseguir modificar com êxito as normas sociais relativas às práticas prejudiciais, como a violência doméstica, o “transactional sex” (sexo que, em África, envolve a oferta de presentes, de géneros ou de dinheiro, mas que não é propriamente considerado prostituição) e sexo praticado sob constrangimento, especialmente em

sociedades onde o VIH/SIDA teve como resultado o aumento de relatos de violência baseada no sexo ou género do ofendido.

Garantir protecção às jovens contra a mutilação genital feminina

A MGF é uma prática comum nalguns países africanos: calcula-se que mais de 100 milhões de mulheres e de jovens em todo o mundo tenham sofrido MGF. Os diversos tipos de mutilação genital feminina praticados actualmente incluem:

- Tipo I (MGF I) - excisão do prepúcio com ou sem excisão do clitóris
- Tipo II (MGF II) - excisão do clitóris com excisão total ou parcial dos pequenos lábios
- Tipo III (MGF III) - excisão de parte ou de todos os órgãos genitais externos e sutura/estreitamento da abertura vaginal (infibulação)

Embora as práticas variem de país para país, a MGF é geralmente executada em raparigas com menos de 10 anos de idade e implica riscos substanciais para a saúde. As mulheres que foram submetidas às formas mais graves de MGF terão, em média, mais 30 por cento de operações cesarianas, em comparação com as que não foram submetidas a qualquer MGF³. Entre as mulheres com MGF III, existe um acréscimo de 70 por cento de hemorragias pós-natal em comparação com as mulheres não submetidas a MGF. Relativamente aos recém-nascidos, os investigadores constataram haver uma necessidade acrescida de reanimar os bebés cuja mãe tivesse sido submetida a MGF (66 por cento superior nas mulheres submetidas a MGF III). A taxa de mortalidade relativa a nados-mortos e a bebés neonatais precoces é também superior se as mães tiverem sido submetidas a MGF: 32 por cento superior quanto às submetidas a MGF II, e 55 por cento superior quanto às submetidas a MGF III. Calcula-se que em África morram mais 10 a 20 bebés por cada 1 000 partos em consequência da MGF³. Os investigadores fazem notar que os efeitos de longo prazo das MGF na saúde materna, como as infecções pós-natal, as fístulas e as taxas de mortalidade neonatais e infantis mais tardias não puderam ser investigadas porque os resultados dos estudos se limitaram aos factos ocorridos enquanto as mulheres se encontravam ainda no hospital, após o parto.³

CAIXA III.1.1 Casamentos precoces na Etiópia

Na região de Amhara, da Etiópia, metade das jovens casam antes dos 15 anos de idade. Muitas ficam comprometidas ainda mais cedo e são enviadas com a idade de nove ou dez anos para viverem com a família do seu futuro marido. Os casamentos precoces são uma das muitas práticas prejudiciais especialmente prevalentes nas áreas rurais, juntamente com as mutilações genitais femininas, o rapto e os partos não assistidos. Os efeitos dos casamentos precoces são devastadores. As jovens que casam com essa idade tão precoce sofrem de importantes desvantagens físicas, emocionais, económicas e sociais. O envolvimento com os líderes comunitários e religiosos atribui-lhes poderes e competências através de grupos escolares, e o respeito pelo cumprimento da legislação, como a anulação dos casamentos precoces, são factores que podem produzir modificações destes hábitos sociais.

Fonte: referência¹⁵



Poucos países em África conseguiram reduzir a prevalência de MGF, apesar das proibições impostas ao procedimento em muitos países.⁸ Muitas sociedades e governos acham que é difícil fazer cumprir estas proibições por as MGF estarem estreitamente relacionadas com a identidade social de uma mulher e com as perspectivas de casamento. Contudo, alguns países estão a fazer progressos. No Senegal, por exemplo, mais de 1 600 aldeias já puseram termo à MGF, o que representa mais de 30 por cento da população que habitualmente a pratica. Entretanto, existem oportunidades de diminuição do sofrimento causado pela MGF e de manejo das suas complicações:

- *Preparação para o parto e para as emergências de saúde através de Controlo Pré-Natal (CPN).* Aconselhar as mulheres com MGF acerca do risco acrescido de partos prolongados e acerca da necessidade de dar à luz em serviços de saúde, particularmente no que se refere aos primeiros partos (Secção III capítulo 2). As mulheres que correm mais riscos de complicações devido à MGF podem ser conduzidas para locais mais próximos de cuidados de saúde de emergência, por exemplo, deslocando-as para residências especializadas para parturientes, junto de hospitais (Maternity waiting homes) quando o parto estiver próximo. Os CPN e a assistência durante o parto proporcionam oportunidades para iniciar diálogos com a mãe sobre o modo de evitar que o seu bebé venha a sofrer de MGF, se se tratar de um bebé do sexo feminino.
- *Formação para cuidados especializados de parto e garantir que não falem os materiais e os equipamentos.* As instalações dos serviços de saúde e os profissionais de saúde devem ser eficientes a prestar esclarecimentos e serviços às mulheres com MGF por ocasião do parto, o que inclui possuir um kit de episiotomia pronto a ser usado, e utilizarem um partograma para controlarem o parto. O pessoal deve saber reparar fissuras, tratar infeções e dar conselhos sobre planeamento familiar e espaçamento dos partos. A Secção III, capítulo 3, contém mais pormenores sobre este assunto.

Prevenir e tratar infeções sexualmente transmitidas, especialmente entre adolescentes

Por toda a parte, em África, a saúde sexual e reprodutiva das jovens fica frequentemente comprometida muito cedo. A idade média do início da vida sexual entre as raparigas africanas está a

aumentar, mas, mesmo assim, tornam-se sexualmente activas cerca de 20 por cento de jovens com menos de 15 anos e de 77 por cento com menos de 20 anos - percentagens que são maiores do que as de qualquer região do mundo desenvolvido.⁸ Não só a saúde das jovens fica comprometida devido a gravidezes não planeadas, mas também fica desproporcionadamente afectada por IST, incluindo o VIH. Além disso, a violência com base no sexo tem como consequência muito frequente as IST, o VIH e a gravidez. As IST podem conduzir a numerosos problemas de saúde nas mulheres e nos seus filhos ainda por nascer, incluindo doenças inflamatórias pélvicas, infertilidade, nados-mortos e bebés com baixo peso. As IST também aumentam o risco de aquisição e de transmissão do VIH (Secção III capítulo 7).

As jovens adolescentes e as jovens mães primíparas têm necessidades de saúde diferentes e enfrentam riscos muito próprios. Contudo, isto não é uma questão que afecte apenas as mulheres jovens. Os programas de saúde sexual das adolescentes têm de abranger raparigas e rapazes para lhes atribuir competências e capacidades que lhes permitam fazer escolhas saudáveis. As raparigas devem poder dispor de informações acerca de como terem uma gravidez desejada na altura certa, evitarem IST e VIH/SIDA, e terem uma gravidez e um parto seguros, assim como devem saber de que modo as jovens mães podem cuidar dos seus bebés e de si próprias. Os rapazes devem ser igualmente envolvidos nestas matérias e compreender os riscos e as responsabilidades decorrentes das suas opções.

Planeamento e espaçamento saudáveis da gravidez

A África Sub-Sahariana é a região com a mais elevada taxa de fertilidade total (uma média de 5,5 crianças nascidas por mulher, ao longo de toda a sua vida), com a mais elevada taxa de crescimento demográfico (2,4 por cento) e com a mais baixa taxa de utilização de contraceptivos (23 por cento).¹² Nestes dados reflectem-se três comportamentos não saudáveis: gravidezes demasiado precoces, em demasiado número e pouco espaçadas.

Demasiado precoces - crianças a dar à luz crianças

As taxas de gravidez de adolescentes mais elevadas do mundo situam-se na África Sub-Sahariana, onde uma de cada quatro raparigas já deu à luz aos 18 anos de idade.¹⁷ Os bebés nascidos de mães tão jovens têm mais probabilidades de morrer. Estas taxas de gravidez de adolescentes também são o reflexo de casamentos



em idade demasiado jovem. No Chade, no Mali, na Guiné e no Níger, a média das idades aquando do casamento é inferior a 17 anos. Na região de Amhara, na Etiópia, 50 por cento das raparigas casam-se antes de atingirem os 15 anos (Caixa III.1.1).¹⁵

Tanto as adolescentes casadas, como as solteiras têm gravidezes não planeadas e planeadas, mesmo em países onde o casamento precoce e as gravidezes são a norma. (Figura III.1.3). As mães casadas com idades entre os 15 e os 19 anos, que informaram que as suas gravidezes não foram planeadas, variam de menos de 15 por cento no Níger e na Nigéria, até um máximo de mais de 50 por cento no Gana.¹⁸ A maioria das adolescentes solteiras informou que a sua gravidez não havia sido planeada (60 a 90 por cento).

Demasiadas gravidezes e demasiado próximas

Só cerca de cinco por cento das mulheres africanas que acabaram de dar à luz querem outro bebé dentro do prazo de dois anos.¹⁹ Apesar do seu desejo de espaçarem as gravidezes de modo saudável, muitas mulheres não conseguem obter serviços de contraceptivos pouco tempo após o parto, o que contribui para elevadas taxas de fertilidade e de má saúde para elas e para os seus filhos.¹⁷

Peritos que estiveram presentes numa reunião técnica da OMS em 2005 sobre o espaçamento dos partos recomendaram um

intervalo entre parto e gravidez após o nascimento de um nado-vivo, de pelo menos 24 meses antes de se tentar outra gravidez.²⁰ Esta recomendação resulta de uma meta-análise que demonstrou que, quando comparadas com intervalos parto-gravidez de 18 a 23 meses, as gravidezes que ocorriam menos de 18 meses após o último parto, e especialmente no espaço de seis meses após o último parto, ou mais do que 59 meses, estão associadas a um risco significativamente maior de bebés nascidos com baixo peso. Estes bebés incluem os que nascem prematuramente e os que nascem com pequena dimensão para a sua idade gestacional.²¹ O BPN, e especialmente o BPN devido a partos prematuros está associado a um aumento de mortes de recém-nascidos (Caixa III.1.2).

Após um aborto espontâneo ou um aborto induzido, os intervalos de gravidez inferiores a seis meses estão associados a riscos significativamente maiores de baixos pesos e muito baixos pesos à nascença, a partos prematuros e muito prematuros, a pequenas dimensões da criança relativamente à sua idade gestacional, a anemias maternas e a rupturas prematuras das membranas.²²

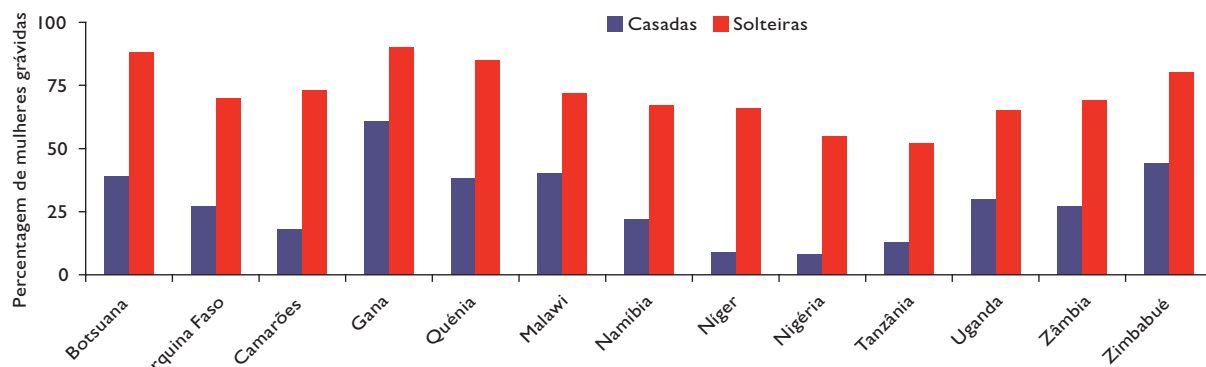
Oportunidades para a promoção do planeamento saudável e espaçado da gravidez

Muitas jovens têm gravidezes não planeadas e muitas mulheres têm gravidezes menos intervaladas do que disseram preferir e, contudo, a utilização de contraceptivos é diminuta. É claro que a África tem um nível elevado de necessidades não atendidas relativamente a serviços de planeamento familiar. O consenso presente em relação a este assunto é que os comportamentos saudáveis a seguir descritos salvariam as vidas de mulheres, de bebés e de crianças e melhorariam a saúde em geral:

Atrasar a primeira gravidez até depois dos 18 anos.^{24;25}

Taxas elevadas de gravidez são a norma em muitos países africanos, mas nalguns outros, as taxas de gravidez são baixas. Por exemplo, só 10 por cento das adolescentes nas Comores e no Ruanda estiveram alguma vez grávidas. A Eritreia e o Uganda conseguiram declínios significativos da gravidez das adolescentes desde 1995: 9 e 11 por cento respectivamente. Os programas estão a ampliar-se para ajudarem as jovens recém-casadas a atrasarem os primeiros partos e para facilitarem a entrada das que engravidam no sistema formal de saúde (Caixa III.1.1).

FIGURA III.1.3 As raparigas adolescentes da África Sub-Sahariana têm um elevado risco de gravidez não planeada



Fonte: Adaptado da referência¹⁸

CAIXA III.1.2 Relatório da OMS sobre uma consulta técnica acerca do espaçamento dos partos: gravidezes pelo menos 24 meses após o último parto reduzem o risco de mortes maternas, neonatais e infantis

O que é que já era conhecido? Desde há pelo menos um século que se identificaram os efeitos prejudiciais das gravidezes muito frequentes. Nos anos 80 fizeram-se alguns progressos quando os investigadores começaram a tomar em consideração outras características associadas, como a idade, a pobreza e a educação da mãe. Contudo, ainda faltavam instruções específicas e os programas continuaram a emitir mensagens diferentes acerca do espaçamento ideal entre partos. As publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de outras organizações internacionais recomendavam que se aguardassem pelo menos dois a três anos entre as gravidezes para reduzir a mortalidade infantil e para melhorar a saúde materna; porém, estudos recentes apoiados pela United States Agency for International Development (USAID) sugeriram que intervalos de três a cinco anos entre os partos poderiam ser mais vantajosos. Esses programas recomendavam que se obtivessem informações e orientações mais exactas sobre os espaçamentos recomendados.

Quais são as novas informações de que dispomos? Recentemente foram publicados vários estudos e análises, incluindo uma meta-análise de 131 estudos (sete de África)²¹ e uma análise de 17 Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), sete dos quais foram realizados em países da África Sub-Sahariana.²² Um dos problemas que se levantam ao comparar estudos é a diferença entre os intervalos verificados nos diversos estudos, como, por exemplo, de parto a parto, de gravidez a parto, de gravidez a gravidez. Para mais informações sobre as definições destes intervalos, vide o final deste capítulo. Além disso, alguns dos resultados avaliados divergem.

Para resumir as conclusões dos dados analisados na reunião técnica da OMS, deve dizer-se que os intervalos de seis meses ou menos entre partos e gravidezes estão associados a maiores riscos de mortalidade materna. Os intervalos entre partos e gravidezes de cerca de 18 meses ou menos estão associados a riscos significativamente maiores de mortalidade neonatal e infantil, a bebés de baixo peso à nascença, a pequena dimensão para a idade gestacional correspondente, e a parto prematuro. Os estudos revelaram evidências de que pode haver também algum risco associado com intervalos de 18 a 27 meses, mas não é claro quais são os intervalos incluídos nesta série. Foram identificadas lacunas na investigação e o trabalho prossegue.

Que significado tem isto para os programas? O consenso a que se chegou na reunião foi de que os casais poderiam ser aconselhados a esperar pelo menos 24 meses após o parto de um nado-vivo e seis meses após um aborto induzido ou um aborto espontâneo, antes de tentarem a gravidez seguinte. Os riscos e os benefícios para a saúde, além de outras circunstâncias e preferências pessoais deverão ser tomados em consideração no debate acerca do espaçamento óptimo para cada indivíduo e casal. Chegou-se a um consenso para apoiar os programas a prestarem informações claras e simples sobre o período pós-natal às mulheres e às famílias e acerca do espaçamento entre os partos, assegurando-se que haja coerência com a mensagem a favor da amamentação pelo menos durante 24 meses.

Que dúvidas restam? Está em curso uma outra análise para tornar mais concisa esta recomendação e definir claramente o intervalo óptimo de espaçamento. Além disso, também se definiu como prioridade a necessidade de mais investigação e documentação em programas cujos objectivos sejam apoiar as mulheres e os casais para que consigam atingir os seus intervalos de tempo preferidos entre as gravidezes.

Fonte: Adaptado da referência²⁰

Após um nascimento, esperar pelo menos 24 meses antes de tentar a próxima gravidez para reduzir os riscos para as mães e para os bebés. As recomendações sobre os intervalos entre os partos e as gravidezes foram harmonizadas a nível mundial na publicação *Report of a Technical Consultation on Birth Spacing*.²⁰ Informar as mulheres acerca de uma variedade de métodos de planeamento familiar, principalmente durante o período pós-natal, pode ajudá-las a espaçá-las dentro de intervalos saudáveis. São urgentemente necessários métodos inovadores e multi-sectoriais para instruir as mulheres e as raparigas relativamente aos benefícios do espaçamento dos partos. O projecto Tahseen do Alto Egipto é um exemplo em que se mobilizaram vários intervenientes

para ajudarem as mulheres e as famílias a tomar decisões saudáveis acerca da gravidez (Caixa III.1.3).

Após um aborto espontâneo ou um aborto induzido, esperar pelo menos seis meses antes de voltar a engravidar, a fim de minimizar os riscos para a mãe para o bebé²⁰. É uma prática obstétrica habitual aconselhar um intervalo de 3 meses após um aborto. Porém um estudo realizado na América Latina sugere que intervalos entre as gravidezes menores do que seis meses após um aborto induzido implicam um risco elevado.²² Esta recomendação baseia-se num estudo que utilizou registos hospitalares de 258 108 mulheres que tiveram partos uníparos e cujas gravidezes anteriores terminaram em aborto espontâneo ou em aborto induzido.

CAIXA III.1.3 Projecto Tahseen do Alto Egipto: A educação das famílias e das redes sociais influentes para o espaçamento dos partos ajuda a aumentar a utilização do planeamento familiar e dos serviços de SMNI

O projecto Tahseen do Alto Egipto, financiado pela USAID, demonstra que a utilização do planeamento familiar pode ser aumentada, mesmo durante um período curto. As actividades do projecto incluíram aconselhamento às mulheres e às suas famílias sobre os benefícios do espaçamento saudável dos partos, isto é, de que modo o planeamento e o espaçamento das gravidezes constituem uma intervenção eficaz para as mulheres e para as crianças. O projecto, que abrangeu uma população de 1,5 milhões de pessoas, utilizou um método multisectorial que mobilizou líderes religiosos e políticos para divulgarem mensagens acerca da importância do espaçamento saudável dos partos. Uma avaliação feita através de um inquérito domiciliário revelou uma melhoria substancial que incluiu o seguinte:

- O conhecimento dos momentos e do espaçamento mais apropriados para a gravidez aumentou significativamente em todas as cinco comunidades. Para as mulheres casadas em idade reprodutiva, aumentou entre 19 por cento e 95 por cento, e aumentou em percentagens semelhantes relativamente às jovens que já tinham estado grávidas algumas vezes
- O recurso a serviços clínicos de planeamento familiar aumentou de 6 200 clientes por trimestre, para 14 000 clientes por trimestre
- O uso de contraceptivos aumentou relativamente a todas as mulheres casadas em idade reprodutiva, de 50 para 80 por cento, e de 38 para 73 por cento relativamente às jovens que já tinham estado grávidas algumas vezes.

Fonte: USAID, Extending Service Delivery (ESD) Pathfinder Tahseen Project Survey, 2005.

Devido ao facto de este estudo ser o único disponível a esta escala, considerou-se importante utilizar estes dados com algumas cautelas. Os casos de aborto contidos no estudo incluíam uma mistura de abortos seguros e não seguros e de interrupções espontâneas de gravidez (abortos espontâneos), e as proporções relativas de cada um deles são desconhecidas. Assim, os resultados podem não ser generalizáveis a outras regiões com contextos jurídicos diferentes. Recomenda-se a realização de mais investigações noutros contextos, para esclarecer as conclusões deste estudo.²⁰

Espaçamento dos partos nas mulheres seropositivas.

As situações em que há partos demasiado frequentes conjuntamente com VIH/SIDA aumentam os riscos de gravidez com resultados adversos. Relativamente às mulheres seropositivas que desejam engravidar, o aconselhamento quanto ao momento mais apropriado para a gravidez a fim de se reduzirem os riscos de resultados adversos é importante. Relativamente às mulheres que desejam evitar ou atrasar a gravidez, o planeamento familiar é uma estratégia que, em termos de custo-benefício, é altamente eficaz para impedir a transmissão do VIH.²⁶ Um estudo revelou que a taxa de gravidezes que aconteceram apenas uma vez num ano em mães seropositivas que participaram voluntariamente num programa de testes e de aconselhamento foi de 22 por cento antes de terem sido aconselhadas quanto ao planeamento familiar e que essa taxa baixou acentuadamente para 9 por cento depois do aconselhamento.²² Num estudo realizado sobre programas aplicados em 14 países, Stover e colegas constataram que prevenir gravidezes não planeadas pode fazer baixar acentuadamente e com custos relativamente baixos, o número de infecções com VIH em crianças. O número de infecções evitadas anualmente aumentou de 37 000 para 71 000 quando se introduziram os serviços de planeamento familiar. O custo da introdução destes serviços foi apenas de cerca de 660 dólares por cada infecção com VIH evitada, isto é, muito menos do que o custo de tratar uma criança seropositiva.²⁸ (Vide Secção III capítulo 7 para mais pormenores sobre os programas de prevenção da transmissão vertical do VIH/SIDA de mãe para filho)

Dificuldades a enfrentar para se melhorarem os cuidados de saúde antes e entre as gravidezes

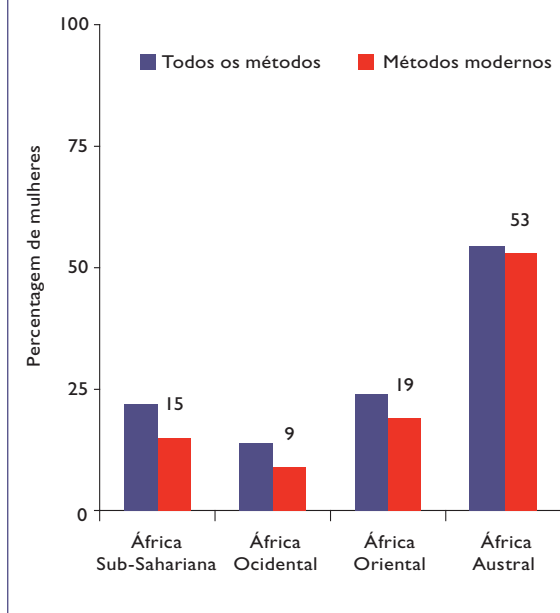
Como responder às necessidades de planeamento familiar e de contraceptivos.

As necessidades não atendidas de planeamento familiar, por exemplo nos casos de mulheres em idade fértil que prefeririam evitar ou adiar a gravidez, mas que não estão a usar qualquer método contraceptivo, são especialmente elevadas em África. Calcula-se que 63 por cento de mulheres não beneficiam de serviços de planeamento familiar.⁸ Dezasseis por cento do total de mulheres africanas não beneficiam de aconselhamento quanto ao espaçamento entre os partos, o que representa 65 por cento das necessidades não atendidas de planeamento familiar. Contudo, só 35 por cento de mulheres solteiras sexualmente activas com idades entre 15 e 19 anos, usam contraceptivos modernos, enquanto 45 por cento das que têm entre 20 e 24 anos o fazem.¹⁷ A prevalência de utilização de contraceptivos em África varia entre um mínimo de nove por cento nos países da África Ocidental e um máximo de 53 por cento na África Austral (Figura 3, 1.4).

Dado o número elevado de mulheres que desejam adiar ou espaçar a gravidez, é necessário aumentar a oferta de serviços de planeamento familiar que permitam que, especialmente as mulheres, tenham acesso a uma variedade de métodos contraceptivos de confiança. Os factores que contribuem para a baixa prevalência do uso de contraceptivos incluem a falta de acesso a serviços de planeamento familiar de qualidade, informações limitadas ou erradas acerca dos contraceptivos e dos seus efeitos colaterais e a oposição pessoal, da família e da comunidade, ao uso da contracepção.

É fundamental abordar cedo as raparigas e as mulheres com mensagens apropriadas e coerentes e em momentos cruciais dos

FIGURA III.1.4 Menos de um terço das mulheres africanas casadas ou em união de facto usam métodos contraceptivos modernos



Fonte: Adaptado da referência¹⁸

cuidados continuados de saúde. No contexto africano, em que existe uma incidência elevada de VIH, a protecção dupla, tanto contra a gravidez como contra as IST, é de extrema importância. Isto envolve a utilização de dois métodos: um para prevenir a gravidez (como os contraceptivos orais, injectáveis ou implantados) e outro para prevenir as IST (um preservativo masculino ou feminino).¹

Há várias possibilidades de ligar os cuidados de saúde, antes e entre as gravidezes, aos programas dos serviços de SMNI ao nível dos domicílios e da comunidade, das extensões de saúde e das unidades dos serviços de saúde (Caixa III.1.4).

Entre as possibilidades de se melhorarem os cuidados de saúde antes da gravidez, há desafios específicos a resolver em termos de oferta e de procura.

Fornecimento de informações e de serviços. Na História internacional da saúde, muita da literatura sobre a melhoria da qualidade e o reforço da logística dos fornecimentos dos serviços proveio tanto dos programas de planeamento familiar como dos programas de vacinações. Há uma grande abundância de informações, mas muitos países, especialmente nas áreas rurais pobres, ainda lutam para conseguirem a prestação regular de serviços de qualidade. Os currículos de formação profissional são muitas vezes silenciosos relativamente ao espaçamento dos partos, à MGF, à saúde antes da gravidez, e ao papel que estes factores desempenham nos resultados relativos à saúde das mulheres e dos bebés. Também nada dizem quanto ao modo de aconselhar e de prestar serviços de saúde reprodutiva e de planeamento familiar às adolescentes, e quanto ao modo de usar as estratégias de alteração dos comportamentos para trabalhar com mulheres, famílias e comunidades a fim de tentar solucionar os problemas das práticas tradicionais prejudiciais às mulheres e aos seus bebés. Alguns dos desafios específicos incluem:

- *Um quadro legal e políticas nacionais sobre a igualdade de direitos das raparigas e das mulheres.* que inclui a definição de uma idade mínima legal para o casamento, a garantia de direitos das mulheres para, independentemente, comprarem, venderem e possuírem bens próprios e outros recursos, e a garantia de que a violação e a violência sexual podem ser alvo de acção judicial.
- *Prestação de serviços acessíveis, especialmente às adolescentes.* Os serviços de saúde reprodutiva e de planeamento familiar de fácil acesso, muitas vezes não estão disponíveis ou acessíveis às adolescentes, incluindo as solteiras. As jovens sentem-se muitas vezes envergonhadas ao visitarem uma clínica que é frequentada pelas suas mães e outros parentes, e preocupam-se com a confidencialidade a manter pelos profissionais de saúde que lhes prestam assistência. Além disso, as adolescentes que procuram conselhos e serviços de saúde reprodutiva e planeamento familiar sentem-se muitas vezes estigmatizadas pelos profissionais de saúde ou ficam sujeitas a procedimentos clínicos desnecessários que desencorajam a utilização dos serviços.⁴ As taxas moderadoras a pagar pelos utentes podem também constituir um obstáculo importante.²⁹
- *Fornecimento bem organizado de diversos contraceptivos.* As poucas opções disponíveis quanto aos contraceptivos, associadas aos frequentes esgotamentos dos stocks levam muitas vezes a que os contraceptivos sejam pouco utilizados e a elevadas taxas de interrupção da sua utilização. Há uma frase nos programas de planeamento familiar que diz “Se não há produto, não há programa”. Os factores que contribuem para os limitados stocks incluem sistemas logísticos mal geridos e um escasso financiamento. A variedade da escolha de métodos contraceptivos para as mulheres pode ser limitada; por exemplo, muitas vezes só existem à disposição das mulheres métodos de espaçamento dos partos, e estas podem ter de optar pela esterilização. Os profissionais de saúde precisam de produtos essenciais para darem resposta às necessidades de planeamento familiar de todas as mulheres, e também de uma vasta gama de métodos contraceptivos, para promoverem a protecção dupla, o que inclui:

- Métodos temporários como os contraceptivos orais, os preservativos e outros métodos não hormonais
- Opções para as mulheres em período de amamentação, incluindo o método da amenorreia lactacional
- Contracepção de emergência
- Métodos permanentes, quando desejados, como, por exemplo, a esterilização masculina e feminina



CAIXA III.1.4 Boas notícias para as mulheres são boas notícias para os bebés: promover gravidezes saudáveis e desejadas através dos programas dos serviços de SMNI existentes

Assistência à pré-gravidez: atribuição de poderes e competências às jovens, às famílias e às comunidades para retardar o casamento, até que a jovem atinja idade própria e para retardar a primeira gravidez até aos 18 anos. Fornecer serviços amigos das adolescentes, tanto relativamente ao planeamento familiar como às infecções sexualmente transmitidas (IST).

Controlo Pré-Natal: Analisar as intenções de fertilidade para espaçamento ou limitação; instruir acerca dos intervalos saudáveis entre um parto e uma gravidez e aconselhar a esperar pelo menos dois anos antes de tentar engravidar de novo; aconselhar sobre a amamentação, sobre o método aplicável à amenorreia lactacional (ausência de menstruação durante o período de amamentação) e sobre o momento indicado para o retorno à fertilidade; aconselhar e indicar onde obter aconselhamento voluntário e testes ou análises para detecção de VIH e prevenção de transmissões verticais entre mãe e filho, consoante os casos. Identificar as mulheres com mutilações genitais femininas (MGF), especialmente do tipo III e fornecer-lhes informações adicionais sobre planeamento familiar, sobre preparação para as emergências e sobre a importância de um parto num serviço de saúde competente (Secção III capítulo 2).

Controlo Pós-Natal: Iniciar a amamentação e garantir que ela se esteja a processar nas devidas condições; prestar apoio à amamentação precoce e exclusiva; aconselhar sobre as IST e a prevenção do VIH. Aconselhar sobre o método aplicável à amenorreia lactacional e sobre as possibilidades da dupla protecção; finalmente, aguardar pelo menos dois anos antes de tentar engravidar de novo (Secção III capítulo 4).

Assistência pós-aborto: Aconselhar todas as mulheres que tenham passado por um aborto espontâneo, ou por um aborto induzido, acerca do retorno à fertilidade e dos riscos das gravidezes futuras. Recomendar que as mulheres aguardem seis meses antes de tentarem engravidar de novo. Se se desejar recorrer à contracepção, garantir o acesso a uma ampla gama de métodos contraceptivos.

Consultas de saúde infantil e de vacinação: testar e inventariar as mulheres que trazem os seus filhos às consultas e avaliar as necessidades de planeamento familiar das mães, instruir acerca do espaçamento saudável entre as gravidezes, aconselhar a aguardar dois anos antes de tentar engravidar de novo e prestar aconselhamento e serviços de planeamento familiar. Promover também a educação, a saúde e a boa alimentação de todas as crianças, incluindo as raparigas. Isto constitui igualmente um ponto de partida para o aconselhamento sobre a prevenção da MGF (Secção III capítulos 5 e 9).

- *Integração com outros serviços de SMNI.* Oportunidades de interligação entre o aconselhamento e a educação sobre a ocasião e o espaçamento mais saudáveis das gravidezes e das vacinações, o CPN, a maternidade segura, o CpósN, faltando muitas vezes os programas sobre a reprodução masculina. O CpósN é uma oportunidade muito importante para se promover o espaçamento saudável dos partos (Secção III, capítulo 4).

Procura de serviços de planeamento familiar. O aconselhamento sobre planeamento familiar concentra-se muitas vezes apenas na escolha, utilização e efeitos colaterais dos métodos contraceptivos e presta menos atenção à informação das famílias acerca dos intervalos saudáveis de espaçamento dos partos ou das opções para a limitação da dimensão da família, e ao importante papel que esses factores desempenham na saúde da mãe, do recém-nascido e dos irmãos mais velhos.⁴ A procura de serviços de planeamento familiar é bastante influenciada pelo lugar da mulher na sociedade. As normas e crenças arraigadas acerca do papel da mulher devem ser abordadas de modo a poder-se melhorar globalmente a saúde das mulheres e dos seus bebés.

Medidas práticas a tomar para melhorar a assistência à saúde das raparigas e das mulheres antes da gravidez

Uma estratégia para ultrapassar os desafios mencionados acima requer um conjunto de métodos para tratar das normas sociais relativas às mulheres, à MGF e ao planeamento familiar, e também ao modo de se melhorarem a prestação e a qualidade dos serviços e a sua melhor integração com os serviços de SMNI. O documento “Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights for Africa (2007-2010)” foi assinado pelos Ministros da Saúde da União Africana e define as políticas e o empenho político, e constitui uma oportunidade para se acelerarem os progressos.

- *Analisar a legislação, as políticas, as normas sociais e as práticas para a promoção dos direitos das jovens e das mulheres.* Será necessário mais do que a prestação de serviços para tratar adequadamente dos problemas da educação, da alimentação e da saúde das jovens ao longo da sua vida. A primeira medida a tomar consiste em garantir que as leis e as políticas nacionais protejam a saúde e a igualdade de direitos das jovens e das mulheres. Há trabalho a realizar junto das comunidades, incluindo os líderes religiosos e outros, as famílias, os grupos comunitários, assim como as organizações não governamentais,

para se analisarem as actuais crenças e práticas. É necessário educar os membros da comunidade sobre os efeitos benéficos de se alterarem as práticas prejudiciais e de se adoptarem novos comportamentos. É importante resolver o problema das normas sociais existentes, especialmente o das relativas às práticas que afectam as jovens e as barreiras que se opõem à adopção de comportamentos saudáveis.

É importante que os homens tenham a oportunidade de participar em reuniões destinadas a analisar os seus distintos papéis como parceiros e pais. Os homens podem influenciar e manter as práticas culturais existentes e podem também assumir o papel de líderes para a adopção de novos comportamentos relativamente aos casamentos precoces, à transmissão das IST e do VIH, à melhor ocasião para os nascimentos dos seus filhos e seu espaçamento, e para apoiarem a saúde, a educação e o desenvolvimento das suas parceiras e filhas.

- *Integrar mensagens fundamentais nos currículos das escolas e noutros programas de aconselhamento, e informações sobre alteração de comportamentos, e utilizar as estratégias multi-sectoriais de comunicação para os modificar.* Abordar os problemas existentes numa diversidade de contextos não começa apenas por educar as crianças, mas abre também o diálogo no contexto mais vasto das famílias e das comunidades, especialmente com os líderes influentes que servirão de meio para promover comportamentos de saúde positivos. Isto constitui uma oportunidade para explicar temas como o das vantagens de retardar a idade de início da actividade sexual e do casamento, o da protecção dupla contra a gravidez, o do retardamento da primeira gravidez até à idade de 18 anos, o do espaçamento das gravidezes de pelo menos dois anos, e o do apoio à atribuição de poderes e competências às jovens, como o de conseguirem emprego para obterem rendimentos próprios.

As estratégias de comunicação que incluam várias vias e ligações com actividades não ligadas à saúde (religiosas, educacionais, micro-financeiras) assim como as actividades participativas, as redes sociais, os grupos de mulheres e os aconselhamentos individuais, podem influenciar positivamente um contexto ambiental favorável e promover um amplo apoio para a adopção de comportamentos saudáveis. Para aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, têm tido êxito as estratégias orientadas para as mulheres jovens casadas, os seus maridos e os noivos.³⁰

- *Melhorar a prestação de serviços e descobrir meios mais eficazes de chegar às mulheres com necessidades não atendidas de serviços de planeamento familiar.* Os programas de distribuição comunitários, as extensões dos serviços de saúde e os serviços clínicos móveis podem ser utilizados para ampliar o acesso aos serviços de planeamento familiar. Igualmente importante é assegurar que os prestadores dos serviços possuam as competências e os conhecimentos adequados para prestarem serviços de planeamento familiar centrados nos clientes. Isto inclui competências adequadas de comunicação interpessoal para ajudar todos os utentes a tomarem decisões bem informadas relativamente às suas opções de contracepção, e pressupõe que possam transmitir orientações claras sobre quais os métodos que podem ser utilizados com segurança pelas mulheres no período pós-natal. Os fornecedores dos serviços também necessitam de ter acesso a informações sobre materiais de ensino e comunicação, a materiais essenciais, a equipamentos e a apoio necessário para darem resposta às necessidades de planeamento familiar de todas as mulheres, incluindo uma ampla gama de métodos contraceptivos.

Em muitos países africanos os revendedores e agentes têm sido um meio eficaz de chegar às comunidades rurais porque se envolvem em diálogos com os indivíduos, as famílias e as comunidades acerca dos comportamentos saudáveis, além de fornecerem contraceptivos e outros artigos que facilitam a adopção desses comportamentos. O seu papel poderia ser alargado de modo a ligar-se com outros serviços de SMNI, ficando assim aptos a prestar mais eficazmente serviços de planeamento familiar integrados nos cuidados continuados de saúde dos SMIRN.

- *Desenvolver métodos inovadores para prestar às adolescentes serviços de planeamento familiar,* de tratamento das IST e de assistência à gravidez. As adolescentes necessitam de programas que lhes facilitem a auto-terapêutica e o acesso ao planeamento familiar, aos tratamentos contra as IST e aos serviços de saúde materno-infantil. Além disso, as adolescentes grávidas podem necessitar de apoio financeiro para cuidados de saúde e dietas, para alojamento e outros serviços se forem expulsas de casa, e para serem ajudadas a regressar à escola ou à formação profissional, e podem necessitar de aconselhamento acerca das opções de que dispõem relativamente a adopções ou para pôr termo às gravidezes, quando isso seja legal.²⁵
- *Melhorar as informações para a tomada de decisões.* Utilizar melhor os dados disponíveis para orientar as tomadas de decisão, para dar resposta às necessidades não atendidas de planeamento familiar em grupos específicos, e para alcançar populações ainda mal servidas.

Conclusão

Nunca é demais realçar a importância e a inter-relação, ao longo de toda a vida, da educação, da alimentação e da boa saúde, incluindo a saúde reprodutiva. A gravidez das adolescentes é simultaneamente uma causa e um efeito da educação limitada das raparigas. É clara a procura que existe, da parte das raparigas e das mulheres, de soluções que impeçam a gravidez não desejada. Os factos compilados apontam para actividades específicas que salvariam muitas vidas:

- Prevenir a MGF para reduzir complicações dos partos.
- Retardar a primeira gravidez até depois dos 18 anos
- Espaçar a próxima gravidez de pelo menos 24 meses após um parto com nado-vivo
- Aguardar seis meses após um aborto espontâneo ou um aborto induzido, antes de voltar a engravidar
- Promover a protecção dupla, tanto para a prevenção da gravidez, como do VIH

Nem novas tecnologias, nem novos quadros de pessoal de saúde constituem uma prioridade. Do que se precisa agora é de liderança dos governos africanos e dos profissionais de saúde, de políticas coerentes e de financiamento dos parceiros globais e do empenho activo das mulheres e dos homens das comunidades africanas para se avançar no sentido de um continente em que as famílias sejam capazes de retardar e espaçar as gravidezes conforme desejem. Isto irá salvar as vidas de mulheres, de bebés e de crianças, e promover o desenvolvimento de África.

Acções prioritárias para melhorar os cuidados de saúde prestados às raparigas e às mulheres antes da gravidez

- Analisar a legislação, as políticas, as normas sociais e as práticas, para promover os direitos das jovens e das mulheres
- Utilizar estratégias de comunicação multi-sectoriais para alteração de comportamentos a fim de promover a adopção de comportamentos saudáveis, especialmente entre as jovens casadas e os seus maridos
- Integrar mensagens fundamentais nos currícula das escolas e noutros programas de comunicação para aconselhamento e para alteração de comportamentos e utilizar estratégias de comunicação multi-sectoriais para alterações de comportamento.
- Melhorar a prestação dos serviços de planeamento familiar através da formação e da monitorização, da educação e de materiais de educação e de comunicação, assim como do fornecimento de produtos essenciais, incluindo uma série de métodos de contracepção
- Aumentar a disponibilidade e a qualidade dos serviços de planeamento familiar noutros pontos de contacto dos serviços de SMNI: consultas de saúde infantil, contactos para serviços de enfermagem, de CPN e de CpósN
- Garantir que os prestadores dos serviços possuam as competências e os conhecimentos adequados para a prestação de serviços destinados aos utentes, especialmente de serviços destinados aos jovens
- Alargar o acesso através de programas de distribuição comunitários, das extensões dos serviços de saúde e de serviços clínicos móveis, e ligar os distribuidores baseados na comunidade e os funcionários da saúde com os programas dos serviços de SMNI
- Desenvolver métodos inovadores para prestar serviços de planeamento familiar, de tratamento das IST e de assistência à gravidez destinados às adolescentes
- Melhorar as informações necessárias à tomada de decisões e utilizar estas informações para auditar e melhorar os programas

Termos utilizados e mais informações acerca dos dados e dos estudos

Intervalo Parto-Gravidez: É o período que decorre entre o início dos primeiros sinais de gravidez e o anterior parto bem sucedido (nado-vivo).

Intervalo Parto-Parto: É o período de tempo que decorre entre os primeiros sinais de parto e o anterior parto bem-sucedido (nado-vivo).

Intervalo Aborto Induzido/Aborto Espontâneo/Gravidez: É o período de tempo que decorre entre o dia do aborto e o primeiro dia do último período menstrual que servirá de indicador da gravidez.

- WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. 2006. World Health Organization.
- Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89 Suppl 1:S7-24. Epub;2005 Jan 26:S7-24.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA 2006; 295(15):1809-1823.
- Conde-Agudelo A, Belizan JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89 Suppl 1:S34-S40.

Controlo Pré-Natal

Ornella Lincetto, Seipati Mothebesoane-Anoh, Patricia Gomez, Stephen Munjanja

A cobertura do Controlo Pré-Natal (CPN) é uma história de sucesso em África, dado que mais de dois terços das mulheres grávidas (69 por cento) fazem pelo menos uma consulta médica de CPN. Contudo, para atingir este potencial de salvar vidas que o CPN promete às mulheres e aos bebés, são necessárias quatro consultas médicas que prestem intervenções baseadas em evidências essenciais - um pacote muitas vezes designado como **Controlo Pré-Natal focalizado**. As intervenções essenciais do CPN incluem a identificação e o manejo das complicações obstétricas como a pré-eclâmpsia, a vacinação com o toxóide tetânico, o Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez (TIPMG), e a identificação e manejo de infecções, incluindo o VIH, a sífilis e outras infecções sexualmente transmitidas (IST). O CPN constitui também uma oportunidade para promover o recurso a assistência especializada durante o parto e a prática de comportamentos saudáveis como a amamentação, o Controlo Pós-Natal precoce e o planeamento para um espaçamento óptimo da gravidez.

Muitas destas oportunidades continuam a não ser aproveitadas, mesmo se mais de dois terços das mulheres grávidas fazem pelo menos uma consulta médica antes do parto. Como poderemos melhorar o CPN de modo a prestarmos intervenções prioritárias, especialmente em virtude da actual carência de recursos humanos na área da saúde em África? Será que há obstáculos ou dificuldades especiais que se poderão ultrapassar quanto ao aumento da cobertura e da qualidade? Como poderão ser integrados os múltiplos programas que constituem o CPN - malária, VIH/SIDA, erradicação do tétano, controlo das IST - para que se reforce o “veículo” que é o CPN, em vez de se aumentar ainda mais a actual sobrecarga de programas que o constituem?



Problema

A existência de bons cuidados de saúde durante a gravidez é importante para a saúde da mãe e o desenvolvimento do nascituro. A gravidez é um período crucial para promover comportamentos saudáveis e competências quanto à forma de educar uma criança. Boas ligações de CPN entre a mulher e sua família e o sistema de saúde formal aumentam as probabilidades de se recorrer a um profissional especializado durante o parto e contribui para uma boa saúde ao longo de toda a vida. Cuidados de saúde inadequados durante este período quebram um elo fundamental dos cuidados continuados de saúde e afectam tanto a mãe como os bebés:

Efeitos sobre as mães: calcula-se que 25 por cento das mortes maternas ocorrem durante a gravidez e com uma certa variabilidade entre os países que depende da prevalência de abortos inseguros, de violência e de doenças endémicas na área.¹ Entre um terço e metade das mortes maternas devem-se a causas como a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e hemorragias anteriores ao parto (*antepartum*), que estão directamente relacionadas com cuidados de saúde inadequados durante a gravidez.² Num estudo realizado em seis países da África Ocidental, um terço das mulheres grávidas adoeceu durante a gravidez, tendo sido necessário hospitalizar três por cento delas.³ Certas enfermidades já antes existentes agravam-se durante a gravidez. A malária, o VIH/SIDA, a anemia e a desnutrição ou nutrição deficiente estão associadas a um aumento das complicações maternas e dos recém-nascidos, assim como a mortes em que a prevalência dessas enfermidades é elevada. Há novas evidências que sugerem que as mulheres que tenham sido submetidas a mutilações genitais femininas têm bastante mais probabilidades de sofrer de complicações durante o parto. Assim, estas mulheres deverão ser identificadas durante o CPN.⁴ A violência baseada no sexo e a exposição a acidentes no local de trabalho são outros problemas de saúde pública muitas vezes subestimados. As taxas de depressões podem ser pelo menos tão elevadas no final da gravidez, se não mais elevadas, do que durante o período pós-natal.⁵ Algumas sociedades africanas crêem que sofrer ou fazer luto por causa de um nado-morto é inaceitável, o que torna a morte de um bebé durante o último trimestre da gravidez ainda mais difícil de ultrapassar e de aceitar.

Efeitos sobre os bebés: Na África Sub-Sahariana, cerca de 900 000 bebés convertem-se em nados-mortos durante as últimas doze semanas da gravidez. Calcula-se que os bebés que morrem antes do início do trabalho de parto, ou seja, os nados-mortos antes do parto, representam dois terços de todos os nados mortos nos países onde a taxa de mortalidade é superior a 22 por 1 000 nascimentos, o que acontece em quase todos os países africanos.^{6,7} Os casos de nados-mortos antes do parto devem-se a um certo número de causas que incluem infecções maternas - nomeadamente a sífilis - e as complicações da gravidez, mas não se dispõe de estimativas sistemáticas globais acerca das causas que estão na origem de nados-mortos antes do parto.⁸ Os recém-nascidos são afectados por problemas durante a gravidez que incluem os partos prematuros ou pré-termo, e o crescimento fetal insuficiente, assim como outros factores que afectam o desenvolvimento do bebé, como as infecções congénitas e a síndrome alcoólica do feto.

O contexto e as crenças sociais, familiares e comunitárias afectam a saúde durante a gravidez, seja positivamente, seja negativamente. Algumas culturas recomendam às mulheres grávidas alimentos especiais e descanso, mas noutras a gravidez nem merece ser reconhecida. Nestes casos, as mulheres continuam a trabalhar arduamente e os tabus alimentares podem privá-las de nutrientes essenciais, o que faz aumentar as deficiências nutritivas, especialmente as de ferro, de proteínas e de certas vitaminas. Numa tribo da Nigéria, as mulheres grávidas não podem dizer que estão grávidas e, se se sentirem mal, têm de dizer que “engoliram uma barata”.

Este capítulo irá descrever o pacote do CPN, salientando a mudança para um modelo de quatro consultas médicas centradas em cuidados pré-natais para a maioria das mulheres. Descreveremos a actual cobertura e tendências em África e exploraremos as possibilidades existentes nos serviços de saúde para a melhoria da saúde pré-natal, através dos serviços de saúde de proximidade, e na comunidade. Finalmente, sugerimos acções práticas para ajudar a resolver dificuldades ou obstáculos fundamentais relativamente à prestação de cuidados de saúde de qualidade às mães e aos bebés durante o período difícil da gravidez, e incluiremos ainda as múltiplas intervenções e programas destinados a este período.

O pacote

Evitar que as mães e os bebés tenham problemas depende de existirem ou não cuidados continuados de saúde funcionais que prestem serviços acessíveis e de alta qualidade antes e durante a gravidez, durante o parto e o período pós-natal. Depende ainda dos apoios disponíveis para ajudar as mulheres grávidas a dirigirem-se a esses serviços, especialmente quando surgem complicações.⁹ Um elemento importante destes serviços conti-

nuados de saúde é um CPN eficaz. O objectivo do pacote de CPN é preparar as grávidas para o parto e para a nova situação de maternidade, assim como prevenir, detectar, aliviar ou gerir os três tipos de problemas de saúde que surgem durante a gravidez e que afectam as mães e os bebés:

- complicações da própria gravidez
- enfermidades pré-existentes que pioram durante a gravidez
- efeitos dos estilos de vida não saudáveis



O CPN também presta às mulheres e às suas famílias informações e conselhos adequados para uma gravidez saudável, um parto seguro e uma boa recuperação pós-natal, incluindo os cuidados a prestar ao recém-nascido, a promoção da amamentação precoce e exclusiva, e a ajuda para a tomada de decisões sobre gravidezes futuras, com o objectivo de se melhorarem os resultados da gravidez. Um pacote eficaz de CPN depende da existência de profissionais de saúde competentes inseridos num sistema de saúde funcional com serviços de referência dos doentes, com produtos adequados e com apoio laboratorial.

O CPN melhora a sobrevivência e a saúde dos bebés directamente, ao reduzir o número de nados-mortos e as mortes neonatais e, indirectamente, ao proporcionar um local de admissão atempada aos serviços de saúde competentes, com a mulher sempre situada num local de admissão certo no esquema dos cuidados continuados de saúde. Uma nova análise feita para esta publicação¹⁰ sugere que se 90 por cento das mulheres beneficiassem de CPN, até 14 por cento, ou seja, mais 160 000 vidas de recém-nascidos, poderiam ser salvas em África. (Para mais pormenores, vide notas sobre os dados na página 226). Quando comparado com outras componentes dos pacotes de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), como os cuidados durante o parto e os cuidados pós-natais, o acréscimo de vidas salvo é menor, em parte porque o CPN já tem uma cobertura relativamente elevada e já salva muitas vidas. Por isso, o fosso existente entre a actual cobertura e uma cobertura total é menor. Contudo, as vantagens do CPN são mais vastas do que apenas a diminuição da mortalidade, e dado o seu custo relativamente baixo, este pacote está entre os melhores de todos os pacotes de saúde pública, em termos de custo-benefício.^{10,11}

O CPN salva indirectamente as vidas das mães e dos bebés ao promover e manter uma boa saúde antes do parto e no início do período pós-natal, que são os períodos de maior risco. O CPN proporciona muitas vezes a primeira oportunidade de contacto entre uma mulher e os serviços de saúde, abrindo assim uma porta de entrada para uma atenção integrada, promovendo boas práticas de saúde no domicílio, influenciando comportamentos que levem à procura de cuidados de saúde, e ligando as mulheres com complicações de gravidez a um sistema de saúde de referência. As mulheres têm mais probabilidades de dar à luz assistidas por um profissional competente se antes tiverem ido a pelo menos uma consulta de CPN.¹²

E qual CPN? Se bem que as investigações tenham demonstrado as vantagens do CPN devido à melhoria da saúde das mães e dos bebés, os seus componentes exactos e o que fazer e quando, são questões que têm sido alvo de debate. Nos últimos anos houve uma modificação do modo de pensar que inflectiu da abordagem de alto risco para o CPN focalizado. A abordagem de alto risco tinha como intenção classificar as mulheres grávidas como de “baixo risco” ou de “alto risco”, com base em critérios pré-determinados, e envolvia muitas consultas de CPN. Este método era de difícil implementação em termos de eficácia porque muitas

mulheres tinham pelo menos um factor de risco e nem todas desenvolviam complicações; porém, algumas mulheres de baixo risco desenvolviam essas complicações, especialmente durante o parto. Os serviços de CPN focalizados ou orientados por objectivos procedem em todas as mulheres a intervenções específicas, fundamentadas em evidências e que são executadas em certos momentos críticos da gravidez. Os elementos essenciais deste pacote descrevem-se na Caixa III.2.1.^{13,14}

CAIXA III.2.1 Elementos essenciais de uma metodologia focalizada para CPN - Controlo Pré-Natal

- Identificação e vigilância da mulher grávida e do seu bebé nascituro
- Reconhecimento e manejo de complicações relacionadas com a gravidez, especialmente a pré-eclâmpsia
- Reconhecimento e tratamento de doenças subjacentes ou concomitantes
- Detecção de enfermidades e de doenças como a anemia, as IST (especialmente a sífilis), a infecção por VIH, os problemas de saúde mental, e/ou os sintomas de stress ou de violência doméstica
- Medidas preventivas, incluindo a vacinação com o toxóide tetânico, a eliminação de vermes de um indivíduo infectado, administração de ferro e de ácido fólico, o tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIPMG), redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI)
- Aconselhamento e apoio à mulher e sua família para desenvolver comportamentos saudáveis em casa, e um plano de preparação para o parto e para situações de emergência:

o Aumentar a consciência das necessidades de saúde materna e neonatal e da auto-terapia durante a gravidez e o período pós-natal, incluindo a necessidade de apoio social durante e após a gravidez

o Promover comportamentos saudáveis no lar, incluindo estilos de vida e dietas saudáveis, segurança e prevenção das lesões, e apoio e cuidados de saúde em casa, tais como aconselhamentos e adesão a serviços de apoio para intervenções preventivas como a ingestão de suplementos alimentares com ferro, o uso de preservativos, e o uso de RMTI

o Comportamentos que levem à procura de cuidados de saúde, incluindo o reconhecimento de sinais de perigo relativamente às mulheres e ao recém-nascido, assim como meios de transporte e planos de financiamento para casos de emergência

o Ajudar a mulher grávida e o seu companheiro a prepararem-se emocional e fisicamente para o parto e para cuidarem do seu bebé, especialmente para a amamentação precoce e exclusiva e para os cuidados essenciais a prestar ao recém-nascido e pensar no papel a desempenhar por um companheiro que dê uma sensação de conforto durante o parto

o Promover o planeamento familiar pós-natal e o espaçamento dos partos

Fonte: Adaptado das referências^{15,16}

Quantas consultas? Um ensaio recente multi-países controlado aleatoriamente e executado pela OMS¹⁷, e uma análise sistemática¹³ revelaram que se podem prestar intervenções essenciais ao longo de quatro consultas com intervalos especificados, pelo menos em relação a mulheres saudáveis sem quaisquer problemas clínicos subjacentes.¹⁸ O resultado desta análise levou a OMS a definir um novo modelo de CPN baseado em quatro consultas orientadas para objectivos.^{13;14;17} Este modelo foi depois ainda melhor definido de acordo com o que se pratica em cada consulta e é muitas vezes designado como controlo *Pré-Natal focalizado*. O número óptimo de consultas de CPN em instalações com recursos limitados depende não apenas da eficácia, mas também dos custos e de outros factores impeditivos do acesso e da prestação dos serviços de CPN. Um estudo recente efectuado no sul da Tanzânia revelou que os trabalhadores da saúde gastavam em média 46 minutos a prestar CPN focalizado a uma utente na primeira consulta, e 36 minutos a uma utente nas consultas posteriores. Isto representa mais trinta minutos em média do que a prática corrente e causa problemas à prestação de serviços.¹⁹

Quando? Relativamente a muitas das intervenções essenciais de CPN é fundamental identificar precocemente as enfermidades subjacentes - por exemplo, prevenção da sífilis congénita, controlo da anemia e prevenção das complicações da malária. Deste modo, a primeira consulta de CPN deveria ter lugar tão cedo quanto possível no decurso da gravidez, preferivelmente no primeiro trimestre. A última consulta deveria ocorrer por volta das 37 semanas, ou perto da data esperada para o parto, para assim se garantir que tenham sido prestados conselhos e cuidados adequados para evitar e gerir problemas como os nascimentos múltiplos (gémeos, por exemplo), a pós-maturidade (estado de desenvolvimento excessivo dentro do útero e após o período normal de gestação de 42 semanas, o que acarreta um risco acrescido de morte do feto), e posições anómalas do bebé (por exemplo, um parto em que, à nascença, o bebé surge com as nádegas em primeiro lugar, designado parto agripino).

O quê? A primeira avaliação a fazer numa consulta de CPN consiste em distinguir as mulheres grávidas que necessitam de cuidados normais, como os previstos no modelo de quatro consultas, das que necessitam de atenção especial e de mais consultas. Dependendo do contexto, aproximadamente 25-30 por cento das mulheres estão sujeitas a factores de risco que requerem mais atenção. Estas mulheres necessitam de mais do que quatro consultas. O Quadro III.2.1 contém um panorama das intervenções de cada consulta de CPN com base no modelo de quatro consultas que se utiliza nas consultas de CPN focalizado. A maior parte das intervenções recomendadas no quadro são apoiadas em evidências científicas, são de baixo custo, e podem ser implementadas em instalações de nível básico, em todos os países de África. O modelo de pesquisa utilizado usou tiras para testes de urina que servem para medir em cada consulta a presença de bactérias na urina, mas esta intervenção não está actualmente incluída na publicação da OMS intitulada "*Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: a guide to essential practice*", que contém recomendações aplicáveis no nível básico dos cuidados de saúde.²⁰ Contudo, nos hospitais ou serviços de referência com mais capacidade, esta intervenção pode ser considerada devido ao efeito que produz na diminuição dos partos prematuros e na septicémia neonatal.¹⁰

Apontamentos redigidos pelas mulheres: alguns estudos revelaram as vantagens dos apontamentos sobre CPN redigidos em casa e que incluem o plano para o parto e a preparação para

as emergências.^{21;22} As mulheres que redigem os seus próprios apontamentos têm mais probabilidades de respeitar as consultas de seguimento marcadas, de fazer perguntas acerca da sua saúde, e de sentir que controlam a sua gravidez. Por seu lado, ao conceberem os seus processos ou registos sobre o CPN, os países deverão assegurar que todas as informações essenciais fiquem facilmente acessíveis aos profissionais de saúde. O novo modelo de CPN da OMS inclui um protótipo de formulário, juntamente com informações relevantes para implementar serviços de CPN de qualidade.¹⁷ Na maioria dos países da África Sub-Sahariana, os registos do CPN fazem parte de um processo completo sobre a gravidez que cobre a saúde do bebé e os cuidados pós-natais, assim como o planeamento familiar.

O papel da comunidade: O envolvimento das famílias e da comunidade é fundamental para os comportamentos saudáveis em casa durante a gravidez e provou-se que ele é um determinante importante da utilização dos serviços de CPN. Criar ligações entre a comunidade e os serviços pode aumentar a sua utilização, incluindo os do CPN, e ter um impacto sobre a mortalidade materna e a neonatal, assim como sobre os nados-mortos.²³ É conveniente que o companheiro, a mãe ou a sogra estejam presentes durante a consulta de CPN com a mulher. O seu apoio pode ajudar a mulher a seguir as recomendações do CPN, estimular as tomadas de decisões partilhadas, e melhorar a saúde, quer da mulher, quer do recém-nascido. As mulheres grávidas sem apoio, especialmente as adolescentes, necessitam de serviços especializados que sejam especificamente orientados para as suas necessidades. Os profissionais de saúde devem fazer todo o possível para localizar as mulheres incapazes ou renitentes a fim de que se dirijam a uma clínica e aceitem os serviços que lhes são propostos. Os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) podem desempenhar um papel fundamental identificando todas as grávidas da comunidade e aconselhando-as a adoptar um estilo de vida saudável, o planeamento dos partos, a preparação para as possíveis complicações, e a necessidade de CPN e de assistência especializada durante o parto. Isto ajuda a criar laços entre a comunidade e o sistema de saúde, e melhorar estas mensagens de saúde pode aliviar alguma da carga que recai sobre os serviços clínicos de CPN.



QUADRO III.2.1 Controlo Pré-Natal Focalizado (CPNF): O modelo de quatro consultas de CPN descrito nos guias clínicos da OMS

Objectivos				
	Primeira consulta 8-12 semanas	Segunda consulta 24-26 semanas	Terceira consulta 32 semanas	Quarta consulta 36-38 semanas
	Confirmar a gravidez e a DPP, classificar as mulheres segundo o CPN básico (quatro consultas) ou segundo tipo de assistência mais especializada. Rastrear, tratar e recomendar medidas preventivas. Criar um plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG e a anemia. Recomendar medidas preventivas. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG, a anemia, gravidez múltipla. Recomendar medidas preventivas. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG, a anemia, a gravidez múltipla e a má apresentação do feto. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.
Actividades				
Avaliação rápida e manejo dos sinais de emergência; receitar tratamento adequado e encaminhar para hospital se necessário				
História (fazer perguntas e ler o processo)	Avaliar sintomas significativos. Obter a história psicossocial, clínica e obstétrica. Confirmar a gravidez e calcular a DPP. Classificar todas as mulheres (em certos casos após os resultados dos testes)	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário
Exame (observar, ouvir, palpar)	Exame geral e obstétrico completo, PA	Anemia, PA, crescimento e movimentos do feto	Anemia, PA, crescimento do feto, gravidez múltipla	Anemia, PA, crescimento e movimentos do feto, gravidez múltipla, má apresentação do feto
Rastreo e testes	Hemoglobina Sífilis VIH Proteinúria Grupo sanguíneo/RH* Bacteriúria*	Bacteriúria*	Bacteriúria*	Bacteriúria*
Tratamentos	Sífilis Medicamentos ARV para o VIH se necessário Tratamento da bacteriúria se necessário*	Anti-helmínticos** ARV se necessário Tratar a bacteriúria se necessário*	ARV se necessário; Tratar a bacteriúria se necessário*	ARV se necessário. Se o bebé se apresentar de nádegas em primeiro lugar, anteversão externa do crâneo (AEC) Tratar a bacteriúria se necessário*
Medidas preventivas	Toxóide tetânico Ferro e folatos+	Toxóide tetânico Ferro e folatos TIPMG ARV	Ferro e folatos TIPMG ARV	Ferro e folatos ARV
Educação, pareceres e conselhos de saúde	Auto-terapia, uso do álcool e do tabaco, alimentação, sexo seguro, descanso, dormir sob RMTI, plano de parto e de emergências	Plano de parto e de emergências, reforço de conselhos anteriores	Plano de parto e de emergências, alimentação do lactente, cuidados pós-natal, espaçamento das gravidezes, reforço de conselhos anteriores	Plano de parto e de emergências, alimentação da criança, cuidados pós-natal e pré-natais, espaçamento das gravidezes, reforço de conselhos anteriores

Registar todas as conclusões dos apontamentos redigidos em casa e/ou num processo de CPN e elaborar um plano de seguimento e acompanhamento
Siglas: (DPP = data prevista para o parto; PA = pressão arterial; HIG = hipertensão induzida pela gravidez; ARV = medicamentos anti-retrovirais para o VIH/SIDA; AEC = Anteversão Externa do Crâneo; TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez; RMTI = Rede Mosquiteira Tratada com Inseticida)

* Intervenção adicional para utilização em centros de referência, mas não recomendadas como rotina em instalações com recursos limitados

** Não deve ser ministrado no primeiro trimestre, mas se a primeira consulta ocorrer após as 16 semanas, pode ser ministrada na primeira consulta

+Deve também ser prescrito como tratamento se for diagnosticada anemia



Cobertura e tendências

Em termos de cobertura global, o CPN é uma história de sucessos. Actualmente, 71 por cento das mulheres de todo o mundo beneficiam de CPN; nos países industrializados, mais de 95 por cento das mulheres grávidas têm acesso ao CPN. Na África Sub-Sahariana, 69 por cento das mulheres grávidas têm pelo menos uma consulta de CPN, o que é mais do que na Ásia do Sul, onde a percentagem é de 54 por cento. A cobertura de CPN é geralmente expressa em termos de proporção de mulheres que tiveram pelo menos uma consulta médica de CPN. Contudo, a cobertura de pelo menos quatro consultas de CPN é inferior e situa-se em 44 por cento conforme se mostra nas fichas dos países. As tendências indicam um progresso menor na África Sub-Sahariana do que noutras regiões, e aí, o aumento da cobertura foi de apenas quatro por cento ao longo da última década.^{1,24}

As desigualdades de atendimento no CPN persistem. Em África, 80 por cento das mulheres do quintilo mais rico têm acesso a três ou mais consultas de CPN, enquanto só 48 por cento das mulheres mais pobres têm o mesmo nível de acesso. Existe uma disparidade semelhante entre as mulheres urbanas e as rurais. Contudo, no contexto dos cuidados continuados de saúde há, relativamente ao CPN, um fosso menor entre ricos e pobres no que se refere à assistência especializada durante o parto, a que têm acesso apenas 25 por cento das mulheres mais pobres da África Sub-Sahariana, enquanto 81 por cento das mulheres mais ricas têm a ela acesso.²⁵

É importante avaliar a cobertura de quatro ou mais consultas de CPN, assim como o número de consultas desagregadas por trimestre porque a eficácia de certas intervenções, como a vacinação contra o tétano, o TIPMG e a prevenção da transmissão vertical de mãe para filho do VIH (PTV) depende de consultas repetidas e do trimestre em que ocorram. Em África, a proporção de mulheres grávidas que respeitaram as quatro ou mais consultas recomendadas aumentou de 6 por cento ao longo de 10 anos. Do mesmo modo, a proporção de mulheres que beneficiaram de CPN nos primeiros seis meses de gravidez aumentou de 10 por cento ao longo de dez anos, o que significa uma taxa de crescimento mais rápida do que a do aumento da cobertura global de CPN.²⁶

Medir apenas a cobertura não fornece informações acerca da qualidade dos cuidados de saúde prestados, e a deficiente qualidade dos serviços clínicos de CPN, conjugada com a fraca utilização dos serviços, é comum em África. Isto está muitas vezes relacionado com o número insuficiente de profissionais

competentes de saúde (particularmente nas áreas rurais e remotas), com a inexistência de normas e de protocolos, com a escassez de materiais e de medicamentos, e com deficientes atitudes de alguns trabalhadores da saúde. Uma avaliação efectuada na Tanzânia detectou o dobro de profissionais de saúde com habilitações insuficientes nas unidades dos serviços de saúde rurais do que nas urbanas.²⁷ Além disso, não existe um amplo consenso quanto aos indicadores de qualidade do CPN. Os indicadores possíveis incluem a avaliação da cobertura de quatro ou mais consultas de CPN e a medição da cobertura de intervenções essenciais prestadas através desses serviços, prestando-se atenção às oportunidades perdidas, ou seja, a diferença entre o número dos que comparecem às consultas e não recebem tratamentos e o número dos que os recebem, incluindo até tratamentos fundamentais como, por exemplo, contra a sífilis. Estes casos serão apresentados com mais pormenor no final deste capítulo.

Os obstáculos ao acesso e à aceitação do CPN são financeiros e culturais. As mulheres e as suas famílias incorrem em custos substanciais quando o CPN implica viagens e esperas de longas horas. Fundamental é o conhecimento das necessidades e comportamentos da comunidade, especialmente para melhorar os canais de ligação permanente entre os domicílios e os hospitais, assim como a existência de ligações formais com a comunidade através de estruturas que facilitem esses contactos, como os comités de saúde das aldeias. Substituir as taxas moderadoras dos utentes por mecanismos alternativos de financiamento deve ser encarado como um primeiro passo eficaz para se melhorar o acesso das mães grávidas aos serviços (Secção IV). Na África do Sul, as consultas de CPN aumentaram em 15 por cento nos anos que se seguiram à eliminação das taxas moderadoras que se aplicavam a todos os serviços de saúde primários.²⁸

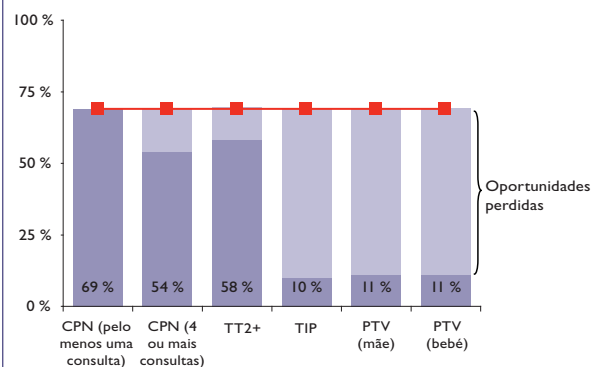
Possibilidades de melhoria do CPN para salvar mães e recém-nascidos

A elevada cobertura de CPN e os contactos frequentes entre as mulheres e os serviços de saúde possibilitam muitas oportunidades de se efectuarem tratamentos e outras intervenções dignas de confiança baseadas em evidências que podem melhorar a saúde e a sobrevivência da mãe, do feto e do recém-nascido.

1. O CPN representa uma importante porta de entrada para diversos programas e para a prestação de cuidados de saúde integrados.

A gravidez representa muitas vezes a primeira oportunidade para uma mulher estabelecer contacto com o sistema de saúde. Tal como ilustra a Figura III.2.1, há uma grande diferença entre uma única consulta pré-natal e um CPN considerado óptimo que exigiria consultas de seguimento e várias intervenções preventivas. Diversas enfermidades prevalentes em África, como a malária, as IST, o tétano materno e neonatal, o VIH, a tuberculose (TB), e algumas deficiências alimentares, podem ser tratadas durante as consultas de CPN. Se não forem manejadas eficazmente, a maioria destas enfermidades interagem durante a gravidez e podem piorar os resultados finais da gravidez, especialmente o VIH e a malária (Secção III.7, 8). Assim, garantir a integração do CPN com outros programas pode ser especialmente vantajoso tanto para a mulher como para o seu bebé, que pode beneficiar de melhor tratamento, e pode também ser vantajoso para o sistema de saúde, visto que deste modo se poderão reduzir custos de intervenções que não virão a ser efectuadas e custos dos programas.

FIGURA III.2.1 Oportunidades perdidas de salvar vidas e de promover a saúde na África Sub-Sahariana, por meio do Controlo Pré-Natal



Siglas: CPN = Controlo Pré-Natal; TT2+ = Administração às mulheres grávidas de duas ou mais doses da vacina do toxóide tetânico; COE/TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez; PPTV/PTV = Prevenção da Transmissão Vertical de Mãe para Filho do VIH/SIDA
 Fonte: Esta figura faz parte da ficha/perfil da África Sub-Sahariana (Vide notas sobre os dados na página 226). Os dados específicos de cada país encontram-se nas 46 fichas/perfis dos países

2. O CPN possibilita a oportunidade de criação de um plano de preparação para o parto e para as emergências.

A OMS recomenda que todas as mulheres grávidas possuam um plano escrito para estarem preparadas para o parto e para quaisquer eventos inesperados e adversos que possam surgir, tais como as complicações ou as emergências que possam ocorrer durante a gravidez, o parto ou o período pós-natal imediato. As mulheres deverão analisar e rever este plano com um profissional competente durante cada sessão de avaliação do CPN e um mês antes da data esperada do parto.^{16;17;20} Um plano de preparação para o parto e para as emergências inclui a identificação dos elementos seguintes: o local desejado para a realização do parto; o assistente de parto pretendido; a localização do serviço de saúde adequado mais próximo; as verbas para as despesas relacionadas com o parto e com as emergências; uma companhia que esteja ao seu lado durante o parto; ajuda para cuidar da casa e das crianças enquanto a mulher estiver ausente; transporte para um serviço de saúde onde o parto vai ocorrer; transporte em caso de emergência obstétrica; e identificação de dadores de sangue compatíveis em caso de emergência. Embora haja poucas evidências que revelem a existência de uma correlação directa entre a preparação para o parto e a diminuição da morbilidade ou da mortalidade das mães e dos bebés, certos estudos em pequena escala mostram que há vantagens consideráveis em existir um plano destes. Por exemplo: a adopção de novas práticas associada ao planeamento (como reservar dinheiro para o parto, tratar dos transportes e dispor de um plano de parto) é um acto encorajador ao nível familiar e comunitário. A presença de uma pessoa escolhida pela mulher para prestar apoio social durante o parto tem também um efeito positivo^{16;29}

3. As consultas de CPN possibilitam oportunidades de promover uma saúde duradoura, com benefícios que se mantêm para além da gravidez.

Isto inclui a preparação para o parto, mas também abrange informações e conselhos sobre a saúde às grávidas, às suas famílias e às comunidades. Deverão disponibilizar-se à mulher e à sua família informações relevantes, instruções e conselhos sobre uma alimentação e descanso adequados, a promoção da amamentação exclusiva e precoce, as opções de alimentação para as mulheres seropositivas, o abandono do tabaco, a abstenção de álcool e de drogas, e competências ou capacidades adequadas à sua nova função de pais. São também importantes componentes do CPN a orientação sobre planeamento familiar e espaçamento da gravidez, a procura de cuidados de saúde necessários e os cuidados a prestar ao bebé recém-nascido.

Estas intervenções integram a prevenção e a detecção de algumas causas directas e indirectas de morte da mãe e do recém-nascido que têm início durante a gravidez. A Caixa III.2.2 menciona outras áreas fundamentais que se devem incluir naquelas intervenções. A eficácia do CPN em conseguir reduzir a mortalidade depende da integração com êxito dos diversos serviços, assim como de enfrentar problemas como os da disponibilidade de um sistema de referência operacional e de serviços de emergência obstétrica.



CAIXA III.2.2 O Controlo Pré-Natal é um veículo para múltiplas intervenções e programas

Prevenção do tétano materno e neonatal (Secção III capítulo 9) O tétano mata cerca de 70 000 recém-nascidos por ano em África (cerca de seis por cento do total das mortes de neonatais) e causa um número não determinado de mortes maternas anualmente. Em África, as mortes por tétano neonatal foram reduzidas para metade durante os anos 90, em parte devido à vacinação com o toxóide tetânico. Na África Sub-Sahariana sete países conseguiram já erradicar o tétano neonatal. Os serviços de CPN proporcionam a oportunidade de as mulheres grávidas se vacinarem com as duas doses recomendadas de toxóide tetânico. Nos locais onde a cobertura de CPN é baixa ou não abrange certas populações, a vacinação em massa das mulheres em idade fértil é uma opção alternativa.

Prevenção e manejo de casos de malária materna (Secção III capítulo 8) Em África, pelo menos 25 milhões de grávidas são ameaçadas anualmente pela malária, o que tem como resultado cerca de 2-15 por cento de anemias maternas. Em áreas de elevada e moderada (estável) transmissão de malária, as mulheres adultas adquirem imunidade, e a maioria das infecções por malária em grávidas são assintomáticas. Porém, estas infecções assintomáticas da placenta provocam anemias na mãe e contribuem para baixos pesos dos bebés (BPN) e para partos prematuros que conduzem a taxas de mortalidade infantil mais elevadas e para um fraco desenvolvimento da criança. As infecções de malária maternas representam quase 30 por cento das causas de BPN que podem ser evitadas durante a gravidez.

Em muitos serviços, a cobertura a 10 por cento do tratamento preventivo intermitente da malária na gravidez (TIPMG), e de 5-23 por cento de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI) são significativamente inferiores à percentagem de cobertura de consultas pré-natais que já atingem pelo menos uma consulta (Vide a ficha de perfil da África Sub-Sahariana). Por isso o CPN representa um “veículo” para aumentar a cobertura destas intervenções fundamentais. As RMTI e o TIPMG são mais eficazes e ficam mais baratos do que o manejo de casos de malária durante a gravidez. Contudo, as mulheres devem ser consciencializadas para os sinais de perigo da malária, e o pessoal que presta CPN necessita de ter conhecimentos e competência para tratar de mulheres com malária não complicada e transferir para outras unidades de saúde da área as que se apresentem com malária complicada.

Prevenção da anemia e da desnutrição materna (Secção III capítulo 6) A anemia afecta quase metade de todas as grávidas do mundo e é um factor de risco para a morbilidade e mortalidade materna. Para a mãe, a anemia durante a gravidez aumenta o risco de morte por hemorragia, uma causa importante de morte materna. A anemia durante a gravidez está também associada a um maior risco de ocorrência de nados-mortos, de BPN, de prematuridade, e de morte neonatal. Além das actividades de promoção da saúde, as estratégias para o controlo da anemia na gravidez incluem a adopção de suplementos com ferro e ácido fólico, a eliminação de vermes nos casos de infestações intestinais, a prevenção da malária, a melhoria dos cuidados obstétricos, e o manejo da anemia grave. Os serviços pré-natais podem incluir conselhos sobre a alimentação, incluindo os suplementos em locais com deficiência de micronutrientes, e podem estimular certas práticas de amamentação.

Prevenção de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) e da Transmissão Vertical do VIH de Mãe para Filho (Secção III capítulo 7) Por meio do CPN podem identificar-se e tratar-se as infecções do sistema reprodutivo como a sífilis, a gonorreia e a clamídia. Embora os cálculos variem, pelo menos 50 por cento das mulheres com sífilis aguda sofrem de consequências adversas da gravidez. Quanto mais recente for a infecção materna, mais probabilidades há de que a criança seja afectada. A maior parte dos países da África Sub-Sahariana têm taxas elevadas de infecções por sífilis. A OMS recomenda que todas as mulheres grávidas devem ser sujeitas ao rastreio da sífilis na primeira consulta de CPN no primeiro trimestre de gravidez e novamente na altura do parto. As mulheres cujos resultados do teste da sífilis sejam positivos devem ser tratadas e informadas da importância de serem submetidas ao teste da infecção com VIH/SIDA. Os seus companheiros devem também ser tratados e deve haver planos para tratar os seus bebés após o parto.

Concluiu-se que o controlo da sífilis em grávidas através de detecção pré-natal universal e o tratamento dos casos positivos é uma intervenção viável e eficaz em termos de custo-benefício. As complicações da sífilis são graves e a terapêutica é barata e eficaz. Porém, muitas mulheres que usufruem de CPN não são sujeitas a detecção ou a tratamento da sífilis e o resultado é o nascimento de nados-mortos e as mortes de recém-nascidos, o que podia ser evitado. Uma limitação importante é a falta de produtos e materiais para se proceder aos testes. Existem actualmente testes simples e eficazes para a sífilis que podem ser executados rapidamente mesmo nos serviços de saúde com os mais baixos níveis de serviços.³⁰

O CPN é a porta de entrada fundamental para os serviços de prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV), embora as oportunidades não aproveitadas entre os dois serviços sejam muitas, conforme se pode ver nas fichas/perfis dos países e na Figura III.2.1. A fim de aumentar o número de mulheres submetidas a testes, muitos países adoptaram o “sistema de auto-exclusão,” em que se aconselham e sujeitam a testes durante as consultas de CPN todas as mulheres, excepto as que não queiram participar. Apesar dos actuais baixos níveis de cobertura, os fortes empenhos políticos, os maiores recursos atribuídos à PTV e a maior atenção dedicada aos cuidados de saúde integrados e fornecidos pelos mesmos serviços, representam boas oportunidades de melhorar o CPN, especialmente a preparação para o parto, o recurso a profissionais competentes durante o parto, e a transmissão de informações e de aconselhamento sobre as opções de alimentação das crianças.

Outras intervenções do CPN Outras intervenções eficazes que podem ser adicionadas ao CPN exigem um nível mais elevado de complexidade dos sistemas de saúde, mas verificou-se que melhoram a saúde e a sobrevivência materna e neonatal. Essas intervenções incluem suplementos de cálcio em locais onde o consumo seja baixo, tratamento da bactériúria, esteróides pré-natais para os casos de partos prematuros, e antibióticos para a ruptura prolongada das membranas. As intervenções referidas estão a ser disponibilizadas em hospitais escolares e em clínicas privadas de CPN.

Dificuldades

Para dar resposta às necessidades das mulheres grávidas, o CPN deve procurar tratar as múltiplas enfermidades directa ou indirectamente relacionadas com a gravidez, incluindo a malária, as deficiências de nutrição, as IST, o VIH e a Tuberculose (TB). Além disso, deve igualmente fornecer as informações e os conselhos necessários sobre a gravidez, o parto e o período pós-natal, inclusive sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido. O modo mais eficaz de proceder a isso será através da integração de programas e da disponibilização de pessoal de saúde com uma ampla gama de competências profissionais. Porém, o conceito de integração é um conceito mais fácil de invocar do que de pôr realmente em prática e acrescentar mais intervenções tem implicações para este programa que já está muitas vezes sobrecarregado e sub-financiado (Vide Secção IV).

Se bem que a falta de infra-estruturas afecte menos o CPN do que outros serviços dos cuidados continuados de saúde, a verdade é que o CPN partilha dificuldades muito importantes com outros componentes e que são influenciadas pela oferta e pela procura: debilidades gerais do sistema de saúde e obstáculos sociais, económicos e culturais.

Factores da oferta

Muitos países estão a lutar para conseguirem serviços de CPN de qualidade, especialmente nas áreas rurais e nas áreas periféricas das cidades. A concorrência para a obtenção de pessoal e de verbas, assim como as comunicações deficientes com outros programas ou componentes (malária, VIH e emergências obstétricas) são factores que existem em diversos níveis do sistema de saúde, especialmente onde as políticas estejam mal definidas. Os orçamentos nacionais e regionais podem ser demasiado limitados e muito dependentes de verbas dos doadores. Como se trata de um serviço relativamente discreto, o CPN pode não receber verbas suficientes. As competências de gestão a nível distrital são geralmente insuficientes e os distritos pobres podem enfrentar dificuldades para conseguirem obter as verbas necessárias às actividades essenciais do CPN, ou para atraírem e manterem pessoal se a este não se oferecerem

determinados incentivos. Além disso, a falta de normas e de protocolos actualizados, os papéis mal definidos dos programas e do pessoal, e os deficientes programas de monitorização, contribuem para um CPN de baixa qualidade. Os deficientes mecanismos regulamentares ou a insuficiente capacidade de os fazer cumprir, contribuem para a dificuldade de avaliação da qualidade do CPN nos serviços públicos e nas clínicas privadas. Criar e manter um sistema funcional de saúde que possa fornecer uma cobertura universal de CPN de qualidade (pelo menos quatro consultas nas datas correctas durante a gravidez) é um desafio para muitos países africanos.

Os recursos humanos constituem uma dificuldade importante. A transferência de pessoal para áreas rurais pode ser realmente difícil, especialmente quando não existam incentivos económicos ou de carreira para se proceder a essa transferência e manter o pessoal nessas áreas com condições menos favoráveis. O pessoal pode não possuir as competências requeridas para fornecer todas as componentes incluídas nos serviços de CPN ou pode não beneficiar de todo o apoio de que necessita. O CPN pode ser a plataforma indicada para apoiar grupos especiais como adolescentes, mulheres vítimas de violência doméstica e mães solteiras, entre outros, visto que estes grupos estão sujeitos a um maior risco de nados-mortos, de partos prematuros, de baixos pesos à nascença (BPN), e de negligência e abandono de crianças. Contudo, isto pode ser difícil devido à existência de muitos prestadores de CPN já sobrecarregados de trabalho, que muitas vezes lutam só para transmitirem as mensagens básicas de promoção da saúde com os recursos limitados de que dispõem e com o elevado número de casos a que têm de dar resposta. Um estudo recente constatou que exercer CPN focalizado dura em média mais trinta minutos do que o tempo que requer a prática habitual. O tempo exigido para cada consulta focalizada de CPN tem implicações nos níveis de pessoal e nos custos de oportunidade, tanto para os serviços clínicos, como para as mulheres que os frequentam.¹⁹ Abaixo indicam-se algumas medidas práticas para prever e evitar esta sobrecarga de trabalho.

O esgotamento de stocks de produtos e materiais, de medicamentos e de equipamento básico pode comprometer a qualidade da assistência, a motivação do pessoal e a utilização dos serviços. Os sistemas de saúde com processos imperfeitos de referência de utentes para darem apoio à gestão de casos de complicações de gravidez reduzem inevitavelmente o impacto global do CPN.

Dificuldades sociais, económicas e culturais

A cobertura do CPN é menor entre as mulheres que dele mais necessitam: as pobres, as menos instruídas e as que vivem nas áreas rurais. Uma dificuldade importante é a incapacidade de pagar o CPN ou os tratamentos nele receitados, nos locais onde vigorem taxas moderadoras e não existam esquemas de isenção para os pobres. Conflitos ou processos de comunicação deficientes entre os profissionais de saúde formais, as parteiras tradicionais (PT/TBA) e outros Trabalhadores Comunitários da Saúde podem ser a causa da insuficiente utilização dos serviços do CPN em certas comunidades. Como a gravidez é entendida

como um processo natural da vida, as mulheres, as famílias e as comunidades podem subestimar a importância do CPN. Além disso, muitas têm pura e simplesmente falta de conhecimentos acerca dos sinais de perigo na gravidez e não sabem como procurar assistência quando acontece uma complicação. Finalmente, não há uma consciência apurada acerca da dimensão e do impacto das crenças domésticas e comunitárias tradicionais, como a alimentação materna insuficiente e as práticas nutritivas das crianças. As atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde nos serviços clínicos de CPN agravam este problema ao não respeitarem a privacidade, a confidencialidade e as crenças tradicionais das mulheres. Isto, de modo geral, pode ter uma influência negativa na utilização dos serviços de CPN, assim como dos serviços de SMNI.

A Caixa III.2.3 apresenta um exemplo dos progressos da Tanzânia no sentido da melhoria do CPN.

CAIXA III.2.3 Melhoria das competências no Controlo Pré-Natal focalizado do sistema de saúde da Tanzânia

A Tanzânia, com apoio de parceiros, desenvolveu um pacote nacional de intervenções essenciais sobre reprodução e saúde infantil que faz parte da reforma do sector da saúde para melhorar a saúde materna e neonatal. Uma componente fundamental desse pacote é o Controlo Pré-Natal focalizado (CPN), que inclui o tratamento preventivo da malária na gravidez (TPMG), o aconselhamento alimentar e a indicação do respectivo suplemento, e a detecção e manejo da sífilis. Mais de 90 por cento das grávidas da Tanzânia fazem pelo menos uma consulta pré-natal, mas a cobertura diminuiu acentuadamente para as intervenções essenciais que podem ser proporcionadas com mais consultas de CPN e com a continuidade dessas consultas. Alguns parceiros estão a trabalhar em conjunto para tratar a tarefa multi-sectorial do aumento da disponibilidade e da procura de serviços de CPN focalizado. Há três estratégias que se utilizam para reduzir a morbilidade materna e neonatal. São elas as políticas e a promoção de causas, o aumento das competências, e a melhoria da qualidade e do desempenho.

Políticas e promoção de causas: Empreendeu-se um processo cooperante para desenvolver e divulgar directrizes necessárias que descrevem as actividades fundamentais da saúde reprodutiva e infantil, os factores para desenvolver estas actividades e os resultados esperados para cada nível do sistema de prestação de serviços de saúde. Estes elementos constituíram a base para se definirem os desempenhos desejados e os objectivos de qualidade. Os formulários utilizados durante as consultas de CPN foram adaptados e normalizaram-se os currículos de formação profissional contínua e da educação recebida antes da entrada em serviço, para se melhorarem as competências profissionais de CPN de um grupo nuclear de formadores.

Melhoria das competências: Promoveu-se a melhoria das competências, o que incluiu a criação de material didáctico e a melhoria das competências dos formadores, adquiridas antes da admissão ao serviço e já em serviço, a fim de actualizar os seus conhecimentos académicos e os do prestador dos serviços, e para que adquirissem competências exigidas pela prestação de serviços de CPN.

Melhoria da qualidade e do desempenho: no início de 2001, em quatro distritos da Tanzânia identificaram-se os factores que afectam o desempenho nos serviços e o dos parceiros comunitários. Estas averiguações orientaram equipas interdisciplinares de partes interessadas importantes, incluindo equipas de gestão da saúde a nível distrital e regional, para identificarem as falhas dos serviços. Com base nas falhas identificadas, chegou-se a acordo sobre as prioridades e implementaram-se intervenções que se centraram numa gama de factores de desempenho tais como a monitorização, os conhecimentos e as competências, as motivações, a disponibilidade de recursos essenciais, e os materiais, produtos e equipamentos existentes. Os serviços que satisfaçam as normas de qualidade irão receber certificados de acreditação, gerando desse modo uma maior procura da comunidade para esses serviços. A formação em curso nos serviços e a repetição desta iniciativa irão assegurar a sustentabilidade do que já se alcançou e resultados a longo prazo.

Estas actividades são actualmente apoiadas pelo programa ACCESS conduzido pela JHPIEGO

Fonte: Adaptado da referência³¹

Medidas práticas para melhorar o Controlo Pré-Natal

Dados os problemas descritos atrás, enumeram-se abaixo os esforços necessários para se melhorar o CPN a fim de se conseguir uma melhor saúde materna e neonatal.

1. Criar ou melhorar as políticas nacionais

Deverão existir directrizes de política nacional adaptadas localmente para proteger os direitos de acesso das mulheres aos serviços do CPN, independentemente do seu estatuto socioeconómico ou local de residência. São necessárias directrizes baseadas em evidências dignas de confiança a nível nacional que pormenorizem quais são as componentes essenciais mínimas do CPN, adaptadas ao perfil epidemiológico do país e às suas prioridades, e baseadas nas directrizes e recomendações da OMS.

2. Melhorar a qualidade dos serviços de CPN

Esta melhoria inclui a promoção de directrizes e de normas para o CPN focalizado, baseadas em evidências merecedoras de confiança:

- A formação deve ser revista para incluir protocolos de Controlo Pré-Natal focalizado e novas competências (testes RPR locais para diagnóstico de sífilis, TIPMG - Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez -TIPMG, ARV, competências para a função de aconselhamento, e normas reguladoras e de auditoria). O pessoal deve rodar entre os serviços. A atitude e a motivação dos profissionais de saúde são factores de importância fundamental.
- Tempo necessário à prestação dos serviços: nalguns países onde muitas mulheres comparecem às consultas de CPN mais do que quatro vezes, as consultas poupadas por se ter regressado ao esquema das quatro consultas permitiram que cada consulta fosse mais prolongada e de melhor qualidade. Além disso, algumas tarefas puderam ser delegadas noutros quadros. Por exemplo, as tarefas burocráticas e a pesagem puderam ser atribuídas a pessoal administrativo, poupando-se assim o tempo do pessoal mais qualificado que ficou desse modo adstrito a tarefas mais especializadas e de maior impacto. Essa delegação de tarefas pode exigir algumas alterações de políticas. Além disso, os grupos de mulheres e os TCS podem ser valiosos dando estes conselhos à comunidade, conjuntamente com os contributos regulares, a monitorização e os serviços de referênciação apropriados prestados pelos profissionais de saúde ao nível da unidade de saúde.
- Os aprovisionamentos e a logística são um aspecto importante de um CPN eficaz e incluem a disponibilidade permanente de kits para testes da sífilis e do VIH e de medicamentos e equipamentos essenciais.
- Os métodos e instrumentos para a melhoria da qualidade ajudam a identificar e a ultrapassar as limitações locais para a prestação de CPN eficaz orientado para os utentes, e ajudam a assegurar que as mulheres regressem após a primeira consulta de CPN.

3. Melhorar a integração com outros programas

Para maximizar as oportunidades das grávidas, os serviços de CPN deverão aproveitar os programas existentes, especialmente os que praticam actividades de proximidade orientadas para as mulheres em idade fértil. Isto é especialmente importante nos locais onde a cobertura do CPN é baixa. As estratégias nacionais para a malária, o VIH, a sífilis e a alimentação, devem ser melhor integradas no CPN.

4. Harmonizar as actividades desempenhadas por múltiplos parceiros, instituindo um clima de parceria eficaz

Algumas estratégias regionais e nacionais possibilitam o reforço dos programas nos países. As associações profissionais e as organizações não governamentais envolvidas em acções com as mulheres e as crianças deverão ser sensibilizadas para a importância do CPN nos cuidados continuados de saúde.

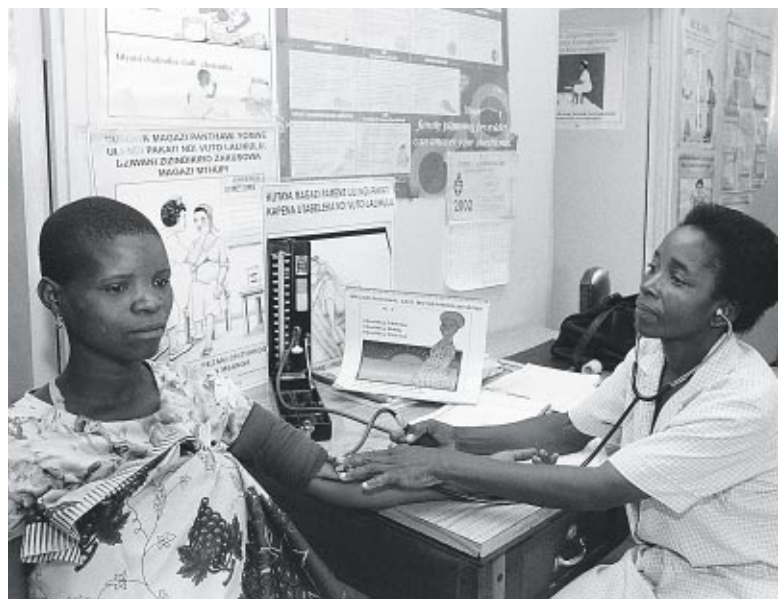
5. Reduzir as dificuldades que impedem o acesso aos serviços e aproximá-los das mulheres que a eles não têm acesso

A utilização dos serviços de CPN deverá ser estimulada, reduzindo-se para isso as dificuldades ao seu acesso, tais como as taxas moderadoras, as limitações das horas de abertura, as longas distâncias a percorrer, os tempos de espera e a desumanização dos serviços.

Deverão desenvolver-se estratégias para atribuir poderes e competências às comunidades a fim de se ultrapassarem as dificuldades que se levantam à prestação dos cuidados de saúde e de se conseguirem abranger os 30 por cento de mulheres que não beneficiam de CPN. Essas estratégias podem incluir o recurso a canais comunitários para assim se identificarem as mulheres grávidas, visando-se as que provavelmente não serão utilizadoras dos serviços, como as adolescentes e as pobres e solteiras, e tornando os serviços mais interactivos em relação às necessidades das mulheres.

6. Utilizar os dados eficazmente para controlar e melhorar a cobertura e a qualidade do CPN

Os dados existem, especialmente os dos Inquéritos Demográficos e de Saúde e os dos sistemas de gestão e informação da saúde, mas não são sempre utilizados eficazmente pelos decisores de políticas e pelos programadores, para melhorarem a qualidade dos serviços (Vide Secção I). Os perfis dos países contidos nesta publicação denunciam essas oportunidades perdidas no CPN, designando-as de fosso entre as mulheres grávidas que beneficiam de apenas uma consulta e as que beneficiam de quatro consultas. Mencionar outras oportunidades perdidas, como o fosso que existe no acesso aos cuidados de saúde entre os ricos e os pobres, pode contribuir para se provar que é necessário lutar por mais verbas e pela melhoria dos serviços.



CAIXA III.2.4 Indicadores para o Controlo Pré-Natal

- Proporção de mulheres grávidas que têm pelo menos uma consulta pré-natal[#]
- Proporção de mulheres grávidas que têm pelo menos quatro consultas de CPN
- Protecção contra o tétano à nascença*
- Percentagem de mulheres grávidas que recebem TIPMG de acordo com o protocolo internacional do TIPMG
- Curso anti-retroviral para a PTV do VIH*
- Prevalência de sífilis em mulheres grávidas[#]
- Proporção de mulheres grávidas que possuem um plano escrito para o parto e para as emergências às 37 semanas de gravidez

* Indicadores fundamentais dos recém-nascidos e das crianças contidos no processo “Countdown to 2015 Child Survival”

[#] Indicadores Básicos de Saúde Reprodutiva da OMS

Para a lista completa de indicadores, vide Secção IV.

A Caixa III.2.4 contém os indicadores possíveis para melhorar a monitorização dos programas de CPN, e incluem a cobertura de quatro ou mais consultas de CPN e a cobertura das intervenções fundamentais dessas consultas (vacinação contra o tétano, TIPMG, teste e tratamento da sífilis, PTV, adopção de suplementos alimentares com ferro e folatos e eliminação de vermes). Os indicadores de processo variam segundo cada programa, mas podem incluir as competências do pessoal para tratar complicações maternas e executar a reanimação dos recém-nascidos, a disponibilidade de equipamento básico, de testes laboratoriais, de medicamentos, de produtos e materiais, a execução de actividades de promoção da saúde, o horário de abertura dos serviços clínicos, a manutenção de registos, o respeito pela privacidade e a confidencialidade, e a implementação dos procedimentos de controlo das infeções. Os indicadores de processo deverão igualmente avaliar a qualidade das comunicações, tais como a proporção de mulheres grávidas que possuem um plano escrito para o parto e para as emergências às 37 semanas de gravidez.

Conclusão

O CPN em África já abrange mais de dois terços de mulheres grávidas, com aumentos de cobertura das quatro consultas recomendadas de CPN e aumentos da cobertura de uma consulta de CPN no primeiro trimestre. Os programas verticais múltiplos confiam no CPN para prestar as suas intervenções, o que representa tanto uma dificuldade como uma oportunidade. Como elo crítico dos cuidados continuados de saúde, o CPN proporciona enormes possibilidades de se alcançar um grande número de mulheres e de comunidades com intervenções clínicas e de promoção da saúde eficazes. Contudo, ainda existem desigualdades e injustiças e as mulheres jovens, rurais, pobres e menos instruídas podem não beneficiar dos serviços de CPN ou podem desistir deles devido a dificuldades de acesso e à baixa qualidade dos serviços. Os esforços para melhorar os serviços de CPN deverão centrar-se na cobertura universal, tentando para isso remover os obstáculos financeiros e culturais que se levantam para que consigam alcançar os grupos vulneráveis e melhorar a qualidade dos serviços, para aumentar o número de mulheres que se sentem satisfeitas com os serviços, para reduzir as desistências e para integrar os programas a fim de maximizar os contactos entre as mulheres e os serviços de saúde.



Acções prioritárias para a melhoria do Controlo Pré-Natal

- Melhorar a qualidade dos serviços de CPN
 - o Rever a formação profissional em serviço e a formação prévia à entrada ao serviço, dos prestadores do CPN, de modo a incluir as componentes essenciais e as novas competências exigidas
 - o Melhorar os aprovisionamentos e a logística
- Criar ligações com outros programas, especialmente as intervenções tradicionalmente verticais, tais como as da malária e do VIH
- Harmonizar actividades por meio de parcerias eficazes
- Reduzir as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e ir ao encontro das mulheres que não têm acesso a eles
- Utilizar melhor os dados disponíveis para monitorizar e melhorar a cobertura e a qualidade do CPN

Assistência durante o parto

Luwei Pearson, Margareta Larsson, Vincent Fauveau, Judith Standley

Todos os anos engravidam em África 10 milhões de mulheres e cerca de 250 000 delas morrem devido a causas relacionadas com a gravidez. Um terço de quase um milhão de nados-mortos ocorre durante o parto, e aproximadamente 280 000 bebés morrem de asfixia pouco depois do parto. Estes valores estão estreitamente interligados. A assistência profissional especializada durante o parto e imediatamente a seguir poderá salvar as vidas de muitas mães e bebés e evitar inúmeras complicações. Contudo, quase 60 por cento de mulheres africanas dão à luz sem a presença de um assistente especializado - 18 milhões por ano em casa - e durante os últimos 10 anos a cobertura média dos partos com assistência especializada no continente não aumentou significativamente. Duas de cada três mulheres que necessitam de cuidados obstétricos de emergência não os recebem.

Melhorar a assistência especializada aos partos e os cuidados obstétricos de emergência é fundamental para alcançar o 5º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relativo à saúde materna, e melhorar a assistência durante o parto contribuirá também para se alcançar o 4º objectivo dos ODM relativo à sobrevivência das crianças.

Como se poderá acelerar o progresso? Como poderão melhorar-se os cuidados de saúde dos recém-nascidos, ao mesmo tempo que se vai melhorando a assistência especializada? O que se poderá fazer no curto, médio e longo prazos, tendo em conta que as mulheres mais pobres e isoladas, que muitas vezes passam por complicações durante o parto, são as últimas a receber assistência especializada durante o parto?



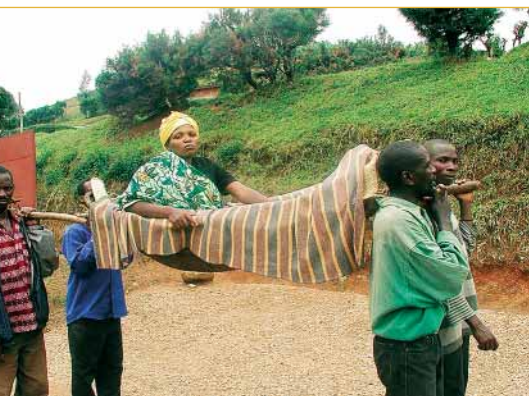
Problema

A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão estreitamente associadas com a assistência médica e os cuidados de saúde em geral que a mãe tenha recebido antes e durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Ao longo dos cuidados continuados de saúde, a ocasião com maiores riscos de morte e de incapacidades, tanto para as mães como para os recém-nascidos, é o trabalho de parto, o próprio parto e as primeiras horas de vida após o parto. As complicações e a falta de assistência médica neste período crítico têm consequências para as mães e para os bebés.

Mulheres grávidas - Todos os anos morrem em África cerca de um quarto de milhão de mulheres devido a problemas relacionados com a gravidez, e quase metade morrem por altura do parto e durante a primeira semana após o parto, principalmente devido a causas directamente relacionadas com o parto.¹ As hemorragias, o parto obstruído, a eclâmpsia e as infeções constituem a maior parte das causas de morte das mães, representando dois terços das mortes maternas na África Sub-Sahariana.² Só as hemorragias representam um terço de todas as mortes maternas em África, mas muitas destas mortes são evitáveis. As fistulas obstétricas que resultam de partos obstruídos são uma complicação de longo prazo de que sofrem dois milhões de mulheres. Cerca de 15 por cento de todas as mulheres grávidas passam por complicações do parto que requerem cuidados obstétricos de emergência (COE), mas poucas conseguem ter acesso a tais serviços. Os custos de uma cesariana nalguns países de África podem levar uma família à falência.³

Nados-mortos e recém-nascidos - Os bebés são vulneráveis durante o parto e as complicações intraparto (as que ocorrem durante o parto) constituem um risco de morte muito maior do que as complicações anteriores à gravidez ou do que as pré-natais. Pelo menos 300 000 bebés africanos têm como desfecho nados-mortos durante o parto - bebés que morrem durante o parto devido a complicações deste, como os trabalhos de parto obstruído. Entre os bebés nados-vivos, outros 290 000 morrem devido a asfixia à nascença, também fundamentalmente relacionada com complicações do parto. Algumas destas mortes poderiam ser evitadas com assistência médica especializada durante a gravidez, durante o parto, e durante o período pós-natal imediato. Por cada bebé que morre, há um número desconhecido que desenvolve incapacidades a longo prazo. Embora a maior parte dos bebés comece a respirar espontaneamente à nascença, cerca de 10 por cento dos recém-nascidos requerem alguma assistência para começarem a respirar espontaneamente, e menos de um por cento necessitam de reanimação prolongada⁴. A incapacidade de respirar à nascença pode dever-se a parto prematuro ou a asfixia à nascença. Calcula-se que em África nasçam anualmente cerca de quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença (BPN). Estes bebés são especialmente vulneráveis, e sem cuidados médicos extra têm maior probabilidade de morrer de causas evitáveis, como a hipotermia (frio), a hipoglicémia (baixo teor de açúcar no sangue), ou infeções.

A capacidade das famílias e das comunidades para reconhecerem estas situações e acederem rapidamente à assistência médica em caso de emergência determina a sobrevivência e a saúde tanto da mãe como do bebé. Relativamente a algumas complicações obstétricas, particularmente as hemorragias, o intervalo de tempo em que há possibilidade de dar resposta e salvar a vida da mãe pode medir-se em horas. Quanto ao bebé, ainda no útero, ou acabado de nascer, a morte pode chegar ainda mais rapidamente. Qualquer demora pode ter consequências fatais (Caixa III.3.1).



CAIXA III.3.1 Demoras fatais

Há três factores de demoras na procura de assistência médica que afectam as probabilidades de sobrevivência tanto das mães como dos recém-nascidos

1. Demoras quanto a reconhecer problemas e quanto a decidir procurar assistência médica
 - Complicações não reconhecidas como graves
 - Membros da família que fazem atrasar a procura de assistência médica
 - Crenças espirituais ou culturais podem aumentar as demoras ou resultar na necessidade de outros tratamentos
2. Demoras nos transportes para chegar aos locais onde a assistência médica é prestada
 - Falta de transportes e/ou de verbas
 - Distância e duração da viagem para chegar aos serviços de saúde
3. Demoras na aplicação dos cuidados médicos adequados nos serviços de saúde
 - Falta de pessoal adequadamente formado e atitudes negativas dos profissionais de saúde
 - Falta de equipamento essencial, de medicamentos e de produtos e materiais

Fonte: Adaptado da referência⁵

Os primeiros dois factores de demoras revelam questões relacionadas com a procura de assistência médica a nível familiar e comunitário. Estarão as famílias preparadas para fazerem escolhas saudáveis? Poderá a família e a comunidade apoiar as mulheres quando é necessário suportar custos dos transportes e das emergências? Em muitas culturas, uma mulher tem de obter autorização e dinheiro do marido ou de outros membros da família para procurar assistência médica quando ocorrem complicações. As longas distâncias, os custos elevados e a deficiente qualidade dos serviços prestados contribuem também para o primeiro e para o segundo motivo das demoras.

O terceiro factor de demoras está relacionado com os profissionais de assistência médica, com as instalações dos serviços e com o sistema de saúde.⁵ Na África do Sul, dados recolhidos para o programa nacional de identificação do problema perinatal, que agora cobre mais de um terço dos partos daquele país, revelam que embora a maioria dos factores evitáveis que causam nados-mortos e mortes neonatais esteja relacionada com cuidados maternos deficientes durante o parto e o período pós-natal que imediatamente se lhe segue, cerca de um terço devem-se a demoras em casa e nos transportes⁶ (Caixa III.3.2).

CAIXA III.3.2 Os 10 primeiros factores de demora evitáveis e que estão associados a mortes perinatais nas áreas rurais da África do Sul, de acordo com inquéritos confidenciais sobre mortes maternas

1. Instalações e equipamentos inadequados em unidades e enfermarias neonatais - 4,9% de mortes
2. Controlo Pré-Natal não existente ou deficiente - 3,5%
3. Controlo fetal deficiente durante o parto - 3,2%
4. Demoras da parte do paciente na procura de assistência médica durante o parto - 2,4%
5. Segunda fase do trabalho de parto prolongada e sem assistência médica - 1,4%
6. Resposta inadequada à ruptura das membranas - 1,2%
7. Falta de transporte de casa para os serviços de saúde - 1,2%
8. Progressos insuficientes durante o trabalho de parto e utilização incorrecta do pantograma - 0,9%
9. Demoras na chamada do pessoal médico para assistência especializada - 0,8%
10. Plano de gestão neonatal inadequado - 0,8%

11. Fonte: Adaptado da referência⁷



Este capítulo irá descrever o pacote da assistência médica ao parto, incluindo a assistência especializada e a assistência obstétrica de emergência e aos recém-nascidos. Depois descreveremos a situação actual da assistência aos partos em África e exploraremos as oportunidades existentes para se integrarem e melhorarem as intervenções aos recém-nascidos, sugerindo as medidas práticas a tomar para melhorar a assistência especializada e resolver os problemas principais, especialmente os dos 18 milhões de mulheres que actualmente dão à luz sem qualquer assistência especializada.

Pacote

Uma análise recente mencionada ao longo desta publicação sugere que uma cobertura médica elevada durante o parto, incluindo a assistência especializada e imediata à mãe e ao recém-nascido, os COE e outras intervenções, e os esteróides administrados na fase pré-natal no caso dos partos prematuros, poderá impedir até 34 por cento das mortes neonatais. Significa isto que, dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos que ocorrem em África, entre 220 000 e 395 000 vidas poderiam ser salvas se mais de 90 por cento das mulheres e dos bebés beneficiassem de assistência médica especializada durante o parto. O número de vidas que podem ser salvas é maior do que o número de mortes de recém-nascidos por

asfixia durante o parto, visto que a assistência médica especializada também reduz o número de mortes devidas a complicações dos partos prematuros e a infecções. Além disso, poderiam salvar-se inúmeras vidas maternas e evitar-se os nados-mortos durante o parto, i.e. intrapartum (para mais informações sobre esta análise, vide as notas sobre dados da página 226). Nos países industrializados, praticamente todas as mulheres têm acesso a assistência médica especializada durante o parto e a COE, assim como a cuidados médicos neonatais de emergência. Contudo, na maioria dos países africanos, a realidade é bem diferente pois está-se muito longe da cobertura universal por assistência médica especializada.

Assistência médica especializada em todos os partos, incluindo aos recém-nascidos

O parto de um novo bebé é um processo natural e um acontecimento social importante e feliz tanto para a família como para a comunidade em geral. A maior parte das mulheres tem um parto normal e a maior parte dos bebés nascem saudáveis. Contudo, as complicações durante o parto são imprevisíveis. Por esta razão, todas as mulheres e bebés devem ter acesso a assistência ao parto por parte de profissionais competentes.⁸ O reconhecimento e o manejo atempado das complicações durante o parto são importantes, assim como o é evitar intervenções médicas desnecessárias.

O *quem*, o *onde* e o *quê* da assistência médica competente durante o parto podem resumir-se do seguinte modo:

Quem? A assistência médica competente durante o parto define-se como os cuidados de saúde prestados por um profissional de saúde com conhecimentos de obstetrícia, também designado por assistente especializado. Os assistentes especializados são profissionais de saúde acreditados, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras, que receberam formação e treino para manejarem gravidezes normais (não complicadas), partos, e o período pós-natal imediato, e que sabem identificar, gerir e transferir para outros serviços ou profissionais de saúde os casos complicados que ocorrem nas mulheres e nos recém-nascidos.⁹

Onde? O parto deverá ter lugar num serviço que disponha do equipamento, dos materiais, dos medicamentos necessários e do apoio de um sistema de saúde funcional, incluindo meios de transporte e instalações preparadas para receber utentes que lhes tenham sido referenciados pelos outros profissionais de saúde em situações de emergência. Por vezes este contexto denomina-se ambiente facilitador. Nos países com redes de comunicações e de transportes deficientes, os assistentes especializados enfrentam verdadeiras dificuldades para prestarem cuidados de parto eficazes em casa das parturientes, e na maioria dos países africanos estes assistentes só trabalham nas instalações dos serviços de saúde.

O quê? As intervenções fundamentais durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito incluem:

- Práticas de prevenção das infeções

- Controlo do trabalho de parto utilizando o partograma como instrumento eficaz para o controlo do progresso do parto. O partograma ajuda a identificar problemas como o avanço lento do feto e o trabalho de parto prolongado (Caixa III.3.3)
- Manejo activo da terceira fase do trabalho de parto
- Cortar e atar o cordão umbilical
- Reanimação, se necessário
- Cuidados essenciais aos recém-nascidos (aquecimento, amamentação precoce e exclusiva e higiene)
- Prevenção da transmissão vertical, de mãe para filho, do VIH
- Aumentar a satisfação e o conforto do utente, proporcionando-lhe privacidade, exames vaginais em número reduzido, liberdade de movimentos, alimentos e bebidas, encorajamento por uma companhia social durante o parto e criação de um relacionamento reconfortante

A assistência imediata ao recém-nascido inclui avaliar o bebé, registar o peso à nascença e prestar cuidados aos olhos para evitar infeções gonocócicas, onde isto constitua prática local. Se o bebé não respirar dentro de 30 segundos após o parto, é necessário iniciar imediatamente a sua reanimação. Análises recentes concluíram que a ventilação adequada com um dispositivo de saco e máscara (“ambubag”) e ar no quarto é tão eficiente como o oxigénio, para uma reanimação inicial.

CAIXA III.3.3 Quando um pedaço de papel pode salvar uma vida: utilização do partograma para controlar o trabalho de parto

Os trabalhos de investigação revelaram que, quando o partograma foi utilizado para controlar o trabalho de parto, houve melhorias na sobrevivência do feto e do recém-nascido, assim como reduções significativas de intervenções desnecessárias. Os dados e a experiência em África sugerem que, embora o partograma seja um equipamento bem conhecido, muitas vezes não é utilizado ou não é utilizado correctamente. Há diversas razões para que isto aconteça:

- Falta de recursos humanos e falta de tempo. Uma parteira que trabalha numa sala de partos de um grande Hospital Escolar africano disse: “Não há tempo para fazer o partograma se não houver por aqui à volta estudantes. Uma enfermeira está a tratar de muitas mães ao mesmo tempo e não lhe sobra tempo para isso.”
- Esgotamento dos stocks de papel para o partograma
- Controlo inadequado dos indicadores fundamentais do feto e da mãe, especialmente do coração do feto, porque o estetoscópio tradicional de Pinard pode ser utilizado incorrectamente e há muitos locais onde não existem monitores de ultra-sonografia Doppler¹²
- Podem recolher-se informações, mas nem sempre são utilizadas para alterar os procedimentos, ou pode haver demoras em proceder a cuidados de emergência, especialmente no caso de cesarianas.¹³



Obstetrícia de emergência e assistência aos recém-nascidos para todas as mães e bebês com complicações

Certas experiências realizadas a nível mundial sugerem que cerca de 15 por cento de todas as mulheres grávidas desenvolverão complicações obstétricas e que nem todas essas complicações se podem prever pelo método da análise de riscos.¹⁴ Se não houver cuidados de emergência, a mulher e o bebê podem morrer ou desenvolver incapacidades graves. Com cuidados preventivos essenciais, um manejo conveniente do trabalho de parto e um manejo atempado das complicações, podemos evitar ou tratar com êxito muitas complicações obstétricas e dos recém-nascidos, assim como os casos de nados-mortos durante o parto. Quase 60 por cento dos casos de eclâmpsia podem ser evitados por uma intervenção a tempo quando surgirem os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Utilizar o pantograma para controlar o trabalho de parto ajudará a identificar situações de avanço lento do feto, e proceder a intervenções como as infusões de oxitocina pode evitar trabalhos de parto prolongados. Se surgirem sinais de parto obstruído, é necessário que o parto seja devidamente assistido por

pessoal especializado. Muitos partos em que o feto se apresenta de nádegas (partos agripinos) podem ser evitados por meio da anteversão cefálica externa.

Há certos serviços fundamentais ou funções sinaléticas que foram identificadas como essenciais no tratamento de complicações obstétricas para reduzir as mortes das mães.¹⁵ Estas funções sinaléticas constituem uma base para avaliar, formar, equipar e controlar os serviços de COE. (Quadro III.3.1). Se determinado serviço de saúde fornece seis funções sinaléticas é definido como um serviço de COE básico. Se fornecer todas as oito funções, incluindo cirurgia e transfusões sanguíneas, é um serviço completo de COE. Contudo, nenhuma destas funções se refere a cuidados essenciais para o recém-nascido e a reanimação neonatal, embora ambas sejam funções fundamentais para a sobrevivência do recém-nascido. Uma análise recente de indicadores de processo de COE realizada pela OMS e por outros parceiros, intitulada “Averting Maternal Death and Disability (AMDD)” - Como Evitar a Morte e a Incapacidade Materna, sugeriu que se acrescente a reanimação neonatal às sinaléticas funcionais.¹⁶

QUADRO III.3.1 Cuidados obstétricos de emergência, básicos e completos (COE)

Funções sinaléticas essenciais para o tratamento de complicações obstétricas	COE Básicos	COE Completos
1. Administrar antibióticos por via parentérica (injecções)	●	●
2. Administrar oxitócicos por via parentérica (injecções)	●	●
3. Administrar anticonvulsivos por via parentérica para a pré-eclâmpsia/eclâmpsia	●	●
4. Proceder à remoção manual da placenta	●	●
5. Proceder à remoção de produtos retidos, como p. ex. através da aspiração manual por vácuo	●	●
6. Proceder a partos vaginais assistidos (com instrumentos), p. ex. extracção por vácuo	●	●
7. Proceder a transfusões sanguíneas seguras		●
8. Proceder a uma cirurgia (partos por cesariana)		●

Além disso, os COE devem estar interligados com os cuidados prestados ao recém-nascido, especialmente os cuidados adicionais a prestar aos bebês com BPN e os cuidados de emergência aos bebês doentes.

Cuidados adicionais a prestar aos bebês com BPN

Os bebês com BPN, especialmente os bebês prematuros ou pré-termo, representam a maioria das mortes de recém-nascidos. Os cuidados imediatos, prestando-se especial atenção ao aquecimento, à reanimação, se necessária, e ao controlo da hipoglicémia (baixo teor de açúcar no sangue) ajudarão a salvar vidas. A detecção precoce e o manejo das dificuldades respiratórias, das infecções, e de outras complicações são também importantes. É provável que os bebês prematuros que nascem dois meses antes do prazo previsto e os que têm menos de 1 500 gramas necessitem de assistência médica em instalações dos serviços de saúde. Os bebês moderadamente prematuros (os que nascem menos de dois meses ou um mês antes do prazo normal ou que têm um peso à nascença superior a 1 500 gramas) podem ser tratados em casa se não tiverem complicações, e a mãe pode amamentá-los e dar-lhes leite materno espremido se necessário.¹⁷ Noutros capítulos da Secção IMI encontram-se mais pormenores sobre os cuidados a prestar aos bebês com BPN, como os cuidados adicionais ou suplementares e as consultas médicas em casa (capítulo 4), os “Método Mãe Canguru, MMC” (capítulo 5), e o apoio suplementar à amamentação (capítulo 6).

Assistência de emergência aos recém-nascidos doentes

Todos os profissionais de saúde que prestam assistência aos partos devem estar preparados para as emergências, como a reanimação dos bebês que não respiram correctamente, assim como gerir e, se necessário, referenciar outras complicações dos recém-nascidos para outras unidades de saúde. As emergências dos recém-nascidos após o primeiro dia de vida devem ser preferivelmente referenciadas para serviços de saúde infantil embora muitas vezes as regras da referenciação entre os serviços não sejam claras e possa haver confusões acerca de para onde ir para receber assistência. A falta de coordenação entre os serviços e o não cumprimento do que está recomendado quanto às referenciações dos doentes pode causar demoras.¹⁸

Assistência domiciliária à mãe e ao recém-nascido

Até nos locais onde todas as mulheres dão à luz nas instalações de um serviço de saúde, a família e a comunidade têm um importante papel a desempenhar no apoio à mulher grávida para a preparar para o parto e para as emergências, ajudando a reconhecer o início do trabalho de parto e auxiliando na busca de cuidados de saúde especializados. Após ter alta dos serviços, exemplos simples de cuidados essenciais a prestar à mãe e ao recém-nascido podem salvar muitas vidas de recém-nascidos.¹⁹ Embora o ideal fosse haver um assistente especializado para cada parto, algumas componentes dos cuidados maternos e muitas componentes dos cuidados

essenciais a prestar ao recém-nascido podem ser executadas em casa se não estiver disponível um assistente especializado. A nível doméstico são importantes os seguintes procedimentos:

- Aquecimento - secagem e aquecimento imediatos do bebé, aconchego com contacto pele contra pele, quarto aquecido
- Higiene e limpeza, especialmente a higiene do parto, do cordão umbilical e da pele
- Amamentação precoce e exclusiva logo a partir da primeira hora de vida (a menos que esteja disponível outra alternativa de alimentação segura para as mães seropositivas)
- Cuidados adicionais para os bebés prematuros e de BPN se não houver qualquer doença grave
- Reconhecimento dos sinais de perigo maternos e do recém-nascido e referência imediata para uma unidade de saúde, se necessário

Enquanto se vão melhorando os cuidados de saúde especializados ao dispor de todas as mães e bebés, que mais se poderá entretanto fazer pelos 18 milhões de mulheres africanas que dão à luz em casa todos os anos? No caso dos partos em casa para os quais não se consiga assistência profissional especializada, poderão os profissionais das extensões de saúde (instaladas pelos governos da Etiópia, do Malawi e do Gana, por exemplo) e os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) existentes em muitos países africanos, prestar eficazmente cuidados de saúde aos recém-nascidos, incluindo o reconhecimento de complicações, e proceder à referência imediata e apropriada das mães e dos recém-nascidos para unidades de saúde adequadas se necessário? Que tipo de selecção, de formação, de remuneração, de supervisão e de apoio logístico devem existir para que os TCS sejam competentes, motivados e aceites pelas comunidades? Quanto custa apoiar um esforço destes em larga escala? Certos estudos-piloto realizados na Ásia do Sul sugerem que se um TCS com formação estiver presente durante o parto, ele pode prestar cuidados essenciais ao recém-nascido^{20,21}. Contudo, ainda não existem relatos de confiança sobre métodos semelhantes praticados nos serviços de saúde africanos.

Cobertura e tendências actuais

Progressos alcançados na melhoria dos cuidados de saúde especializados, incluindo os cuidados aos recém-nascidos

Apenas 42 por cento das mulheres grávidas na África Sub-Sahariana dão à luz com um assistente especializado presente. A cobertura é inferior nos países mais pobres: na Etiópia, por exemplo, só cinco por cento dos partos têm assistência de um profissional especializado. No interior de cada país também há grandes disparidades na utilização daqueles profissionais. Enquanto 25 por cento do quintil com maiores rendimentos da Etiópia recorreram a um assistente especializado, só um por cento das mulheres mais pobres o fazem.²² Esta desigualdade está também relacionada com os níveis de educação e de residência rural. Os acréscimos de cobertura de partos com assistentes especializados na África Sub-Sahariana ao longo da última década foram limitados. Às taxas de crescimento actuais, em 2015 mais de metade das mulheres africanas estarão ainda sem assistência especializada durante o parto. Assim, acelerar os progressos na área dos assistentes especializados tem de passar a constituir uma prioridade, visto que isto é uma pedra basilar do 5º objectivo dos ODM e também é importante para o 4º objectivo dos ODM.

As debilidades dos sistemas de saúde, tanto no que se refere à acessibilidade, como à qualidade, têm um impacto sobre os partos que ocorrem nas unidades dos serviços de saúde. Muitos centros

de saúde não permanecem abertos à noite ou durante os fins-de-semana para prestarem os cuidados de saúde profissionais de nível básico necessários aos partos 24 horas por dia, e a maior parte não possui ligações adequadas a um hospital que possa prestar esses serviços por referência do utente. Os centros de saúde e os hospitais muitas vezes não possuem água corrente ou electricidade, confortos simples como lençóis nas camas, e privacidade para a mãe. Pode também faltar equipamento essencial, materiais e produtos, e medicamentos. O pessoal clínico, as parteiras e as enfermeiras dos centros de saúde podem não ser competentes para identificar e manejar as complicações das mães e dos recém-nascidos. O pessoal não é bem pago, muitas vezes não é supervisionado, e a moral pode ser baixa. Além destas debilidades estruturais, existem os custos a pagar pelos serviços e as barreiras culturais ao acesso e à aceitação dos cuidados especializados.²³

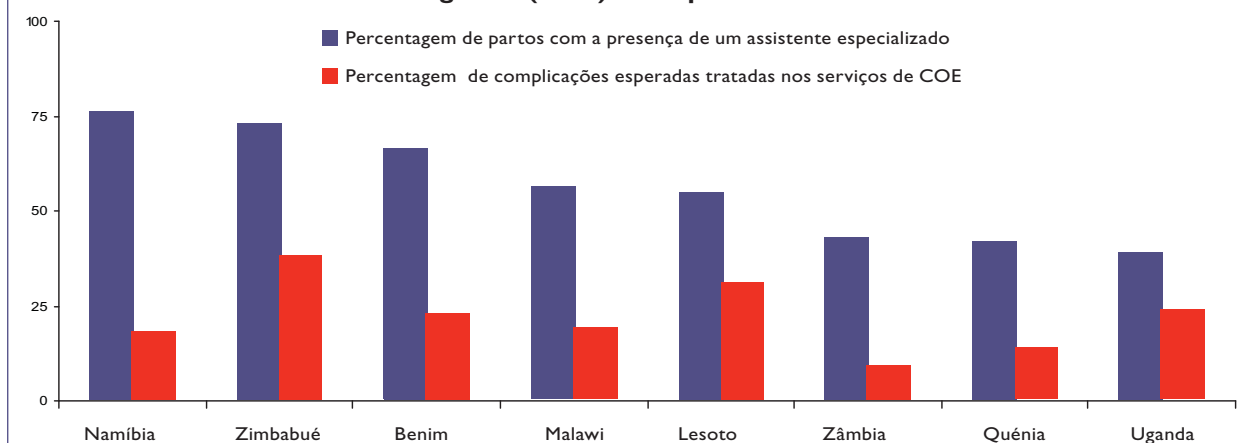
Na África Sub-Sahariana, 18 milhões de mulheres dão à luz em casa. Na verdade, em muitos países africanos, a maioria das mulheres ainda dá à luz em casa, assistida apenas por membros da família, e às vezes até sozinhas. Dados de Inquéritos Demográficos e à Saúde sugerem que menos de um terço de todos os partos são assistidos por assistentes tradicionais de partos (ATP).²⁴ Os TBA e os TCS possuem conhecimentos limitados que são insuficientes para reconhecerem as complicações obstétricas ou os recém-nascidos doentes e de alto risco, e as ligações entre a família, a comunidade e os serviços de saúde nem sempre estão bem definidas.

Progressos na melhoria dos cuidados de saúde de emergência obstétricos e dos recém-nascidos

A disponibilidade, a qualidade e a utilização dos COE dependem largamente de um sistema de saúde funcional, assim como de comunicações adequadas e de serviços de referência dos doentes para ligarem os domicílios aos serviços de saúde (Secção II). Uma série de inquéritos realizados em mais de 20 países africanos sugere que dos 15 por cento das mulheres grávidas que se prevê possam necessitar de algum tipo de cuidados obstétricos, menos de um terço recebe estes cuidados (Figura III.3.1). A fim de salvar a curto prazo mais vidas de mães e de bebés, a proporção de complicações obstétricas directas que recebem tratamento atempado (necessidades satisfeitas de cuidados obstétricos de emergência) deverá ser aumentada de pelo menos 50 por cento. Além disso, deverá aumentar a proporção de partos por cesariana. Apesar de as Nações Unidas recomendarem um nível entre 5 e 15 por cento, menos de 2 por cento dos partos acontecem por cesariana na maioria dos países africanos. Entre a população rural pobre, este nível é de menos de um por cento.²⁵



FIGURA III.3.1 Cobertura de partos com assistente especializado e necessidades atendidas de cuidados obstétricos de emergência (COE) em 8 países africanos



Fonte: Dados sobre assistentes especializados da referência²⁶. Dados dos serviços de COE da ONU e de estimativas nacionais. Para mais pormenores, vide as notas aos dados da página 226

Em muitos países africanos onde se avaliaram as instalações dos serviços de COE e as funções sinaléticas, constatou-se que há proporcionalmente mais instalações de COE completas do que básicas e que estas estão concentradas nas grandes cidades. As recomendações da ONU vão no sentido de haver pelo menos uma COE completa e 4 básicas por cada população de 500 000 habitantes.²⁷ Os COE básicos (primeiras seis funções sinaléticas, Quadro III.3.1) deverão ser prestados nos centros de saúde e nas maternidades, e os COE completos (primeiras seis funções sinaléticas, mais cirurgia e cesarianas) deverão ser prestados nos hospitais. Muitos serviços dos países africanos não fazem avaliações dos COE básicos, muitas vezes devido a faltar apenas uma ou duas funções sinaléticas, como os partos vaginais assistidos, as aspirações manuais por vácuo e o manejo das perturbações de hipertensão provocadas pela gravidez. Na Tanzânia, muitos centros de saúde e outras unidades de saúde proporcionam todas as funções sinaléticas básicas, com excepção da extracção por vácuo que nestes centros as parteiras não estavam autorizadas legalmente a fazer. Em resposta, o governo está a preparar-se para mudar a legislação e para dar formação às parteiras nesta área. Alguns países africanos estão a formar auxiliares médicos, directores clínicos e cirurgiões para fazerem cesarianas.²⁸

Relativamente à cobertura e qualidade dos cuidados de emergência prestados aos recém-nascidos há menos informações disponíveis visto que estes serviços não foram incluídos sistematicamente nas avaliações de COE da ONU. A actual cobertura relativamente às reanimações neonatais eficazes nos serviços é muito reduzida em África. Nalguns hospitais distritais, as enfermeiras e as parteiras poderiam desempenhar a maioria das funções de salvamento de vidas maternas, incluindo a extracção por vácuo e até as cesarianas, mas as suas competências e capacidades relativamente aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos podem ser limitadas. Muitas vezes faltam “ambubags” (balões de reanimação com reservatório de oxigénio) e poucos serviços de formação possuem modelos para neles formarem o pessoal na reanimação de bebés. Os serviços que prestam COE, muitas vezes não prestam cuidados de emergência adequados aos recém-nascidos, ou até nem possuem protocolos para tratarem das infecções neonatais ou para tratarem dos bebés prematuros, incluindo a prática de MMC.

Possibilidades de melhorar os cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos durante o parto

De entre todos os pacotes de saúde materna, neonatal e infantil, os cuidados especializados de parto e os COE são os que proporcionam mais oportunidades de salvar a maior parte das vidas maternas e de recém-nascidos.²⁹ Alargar a todas as mães e bebés a cobertura e a qualidade dos cuidados de saúde especializados durante o parto, incluindo os cuidados essenciais aos recém-nascidos e os COE, deverá portanto merecer toda a atenção. Entretanto, a educação e o aconselhamento para aumentar a procura de assistência especializada ao parto em casa e melhorar as práticas domésticas saudáveis irão beneficiar as muitas mulheres que continuam a dar à luz em casa. A Caixa III.3.4 enumera algumas das oportunidades para melhorar os cuidados de saúde aos.

CAIXA III.3.4 Oportunidades perdidas para melhorar a saúde dos recém-nascidos durante o parto

- *Políticas* - Inexistência de uma política integrada de saúde materna e neonatal; atribuição de maior valor à resolução dos problemas maternos do que aos do feto e do recém-nascido
- *Infra-estruturas* - Pouca atenção às necessidades do recém-nascido durante a concepção e layout das salas de parto e das enfermarias obstétricas. Por isso faltam salas de reanimação, equipamentos e medicamentos
- *Directrizes* - Falta de disponibilidade ou pouca divulgação/implementação de directrizes normalizadas nacionais sobre os cuidados essenciais para o recém-nascido e para as complicações obstétricas e neonatais. Por vezes não se fazem cesarianas com fundamento nos incómodos causados ao feto, do que resultam mortes ou incapacidades neonatais

- **Formação** - Lacunas na formação antes da entrada ao serviço e na formação contínua, em serviço, relativa a cuidados obstétricos de emergência, tanto das enfermeiras como das parteiras, formação que deveria incluir cuidados aos recém-nascidos e reanimação neonatal
- **Aprovisionamentos** - Falta de equipamento básico, de medicamentos e de materiais e produtos para os cuidados maternos e dos recém-nascidos
- **Controlo** - Não inclusão de nados-mortos, de mortes de recém-nascidos e de partos quase falhados nos registos das maternidades ou quando se auditam os resultados relativos às mães. Não consideração das funções sinaléticas neonatais no sistema de controlo

A fim de aumentar a cobertura e a qualidade dos cuidados de parto e de, simultaneamente, melhorar a assistência neonatal, devem aproveitar-se todas as oportunidades perdidas em cada fase das políticas, do planeamento e da programação.

1. Políticas e planeamento

As políticas e o planeamento devem sublinhar a competência e os cuidados de saúde a prestar tanto às mães como aos recém-nascidos durante o trabalho de parto, o parto, e o período pós-natal imediato. Há algumas oportunidades a não perder, para melhorar e para acrescentar a saúde do recém-nascido às políticas, tanto ao nível nacional da prestação dos serviços, como ao nível de cada serviço. Recentemente, em África, tem-se prestado alguma atenção às políticas de saúde materna e neonatal, especialmente ao Roteiro para se acelerarem os progressos em direcção aos ODM relacionados com a saúde materna e neonatal em África. As políticas e estratégias nacionais de maternidade e de saúde reprodutiva seguras, deverão incluir componentes de cuidados essenciais e de emergência aos recém-nascidos, incluindo boas práticas sanitárias em casa. Os pormenores da conversão das políticas em planos e acções são apresentados na Secção IV, mas aqui destacam-se alguns princípios relevantes para o planeamento da assistência ao parto.

Faseamento - A introdução de melhorias na assistência especializada e nos COE é uma prioridade para salvar as vidas das mulheres e dos bebés, mas não é nada que se faça como “remendo” visto que implica investimento e planeamento estratégico.^{22,30} O Quadro IV.4 da página 162 sugere quais são as prioridades de curto, médio e longo prazo, de acordo com a taxa de mortalidade neonatal (TMN) que pode ser adaptada a cada país. As actividades de curto e médio prazo devem desenvolver-se no sentido dos objectivos de longo prazo da cobertura universal de cuidados de saúde especializados. Precisamos de conseguir um equilíbrio entre os investimentos em métodos comunitários e nos serviços de saúde. Há que encontrar também um equilíbrio entre a implementação de pacotes mais simples que podem salvar vidas já e a custos muito baixos,²² ao mesmo tempo que continuamos a trabalhar para alcançar uma maior cobertura com cuidados mais complexos a longo prazo, incluindo a assistência especializada e os COE.³⁰ Se escolhermos apenas uma ou a outra opção, não se atingirão as reduções substanciais nas taxas de mortalidade, necessárias para se alcançarem os ODM.

Equidade - As estratégias deverão centrar-se na igualdade para garantir que os pobres e outros grupos marginais beneficiem de cuidados de saúde adequados, resolvendo os obstáculos ao acesso como os muitas vezes catastróficos custos dos cuidados obstétricos e das referências entre unidades de saúde.²³ Podem fazer-se transferências condicionais de verbas, como os pagamentos directos aos lares pobres, dependendo disso da efectivação de quatro consultas pré-natais. As transferências de verbas condicionais bem concebidas têm o potencial de melhorar os resultados na saúde com custos administrativos relativamente modestos.³¹

Recursos humanos - Para combater as actuais dificuldades relacionadas com os recursos humanos, muitos países africanos necessitam de estratégias inovadoras como o aumento do ritmo de formação de parteiras, e de ponderar incentivos para alargar os cuidados de saúde a áreas de difícil acesso.²⁷ No Malawi, o governo aumentou recentemente os salários das enfermeiras, e em Butare, no Ruanda, uma iniciativa sobre o desempenho mostrou que a quantidade e a qualidade dos serviços, incluindo os cuidados de saúde materna, melhorou quando se ligou o desempenho com os incentivos.³² A delegação das funções de salvar vidas em profissionais de saúde de nível intermédio pode exigir mudanças e revisão de políticas, mas isto é uma medida fundamental para se atingir uma cobertura elevada e equitativa de intervenções eficazes. Se as políticas forem modificadas, as parteiras poderão executar extracções por vácuo, os profissionais de saúde de nível intermédio poderão executar tarefas de aconselhamento que requerem um grande consumo de tempo como o apoio à amamentação precoce, e os TCS poderão prestar cuidados pós-natais (Secção III capítulo 4). Criar equipas com várias competências e capacidades, e transferir tarefas mais simples para quadros de nível inferior permite que as parteiras se concentrem em tarefas de maior impacto.

A revisão dos currícula antes da admissão ao serviço e já em serviço para que incluam os cuidados essenciais de saúde aos recém-nascidos e o manejo de complicações neonatais conduzirá a serviços de melhor qualidade e a uma integração global de programas. Os profissionais de saúde que prestam assistência a partos deverão passar a poder prestar cuidados essenciais e de emergência tanto às mães como aos recém-nascidos, e em especial as componentes da formação das parteiras deverá ser revista para incluir formação que inclua competências em reanimação neonatal e manejo de outras complicações dos recém-nascidos. Caso os governos promovam uma estratégia provisória para a formação de profissionais das extensões de saúde, dos TCS e dos ATP para que prestem assistência aos partos em casa, essa formação deverá incluir os cuidados essenciais aos recém-nascidos e o reconhecimento das complicações das mães e dos recém-nascidos, bem como a competência para promover a sua referência para uma unidade de saúde.

2. Possibilidades de melhoria da prestação de cuidados essenciais aos recém-nascidos e, simultaneamente, de melhoria da assistência especializada aos partos

Todos os serviços de saúde que se ocupem de partos devem prestar cuidados essenciais aos recém-nascidos, aos bebés com BPN, e poder fazer reanimações. Em cada sala de partos e em cada bloco operativo deve existir um recanto limpo e aquecido para o recém-nascido, com um aparelho de aquecimento e equipamento básico de reanimação. O êxito destes serviços depende da disponibilidade de profissionais de saúde, de directrizes clínicas, de formação orientada para a competência, de equipamento e materiais básicos, de controlo e de ambiente propício.

A necessidade de reanimação nem sempre pode ser prevista, pelo que os profissionais de saúde que prestem assistência aos partos deverão saber como utilizar um saco e uma máscara no caso de o bebé não estar a respirar (Caixa III.3.5). As instalações dos serviços de saúde devem também ser acolhedoras para a mãe e para o bebé, promovendo a amamentação precoce e exclusiva no caso das mães que tenham optado por amamentar. Em todas as salas de parto deverá haver serviços de PTV como análises rápidas de VIH, aconselhamento e medicação anti-retroviral. Isto é particularmente importante nos países com elevada prevalência de VIH. As mães infectadas com VIH que queiram impedir a transmissão do vírus aos seus filhos, ao optarem por não os amamentar deverão ser aconselhadas a tomar decisões sobre as opções de alimentação que têm à sua disposição e receber informações adequadas, conselhos e apoio dos profissionais de saúde depois de terem tomado a sua decisão.

3. Possibilidades de incluir cuidados de saúde essenciais e de emergência para os recém-nascidos e de, simultaneamente, melhorar os COE

Todas as instalações dos serviços de saúde que prestem COE básicos e completos devem prestar cuidados de saúde essenciais e de emergência para os recém-nascidos, incluindo a reanimação neonatal. As indicações para uma cesariana devem referir os incómodos do feto, que em muitos países são uma causa de taxas crescentes de cesarianas. Contudo, em locais com recursos insuficientes, a segurança da mãe deve ser prioritária. Se o pessoal não poder tratar das complicações, deve averiguar se existe possibilidade de referenciação imediata, tanto da mãe como do recém-nascido, para serviços que as possam tratar. As auditorias às mortes maternas e aos partos que quase tiveram um mau desfecho devem também analisar os casos de nados-mortos e de mortes neonatais. As avaliações dos COE devem incluir funções sinaléticas dos recém-nascidos, particularmente a reanimação, e outros indicadores fundamentais como as taxas de nados-mortos durante o parto (intraparto) e a taxa de mortalidade neonatal precoce. Aos indicadores de processo da ONU estão a ser acrescentados novos indicadores, conforme se refere abaixo.¹⁶

4. Aumentar os aprovisionamentos de materiais essenciais e melhorar a gestão dos produtos

Se bem que a maioria dos cuidados de saúde imediatos a prestar aos recém-nascidos não dependa muito de equipamentos e de medicamentos, são necessários alguns produtos, como os sacos e as máscaras para reanimação. Na Ásia, os sacos e as máscaras produzidos localmente custam cerca de 10 dólares cada um, mas em África estes artigos são importados a um preço oito vezes superior e não estão disponíveis em toda a parte. A fim de gerir os stocks dos produtos é necessário rever as existências disponíveis para os cuidados maternos e acrescentar os produtos necessários aos recém-nascidos. Os esteróides pré-natais para as mulheres em trabalho de parto prematuro são muito eficazes para reduzirem as mortes dos bebés prematuros devido a complicações respiratórias³³. Contudo, poucos serviços com esta capacidade estão a seguir essa prática, e o esteróide adequado, embora de custo relativamente baixo, não consta de muitas listas de medicamentos essenciais. Os equipamentos, os materiais e produtos, os medicamentos e outros artigos para COE têm sido melhorados segundo normas internacionais de kits pré-embalados, e um método semelhante pode funcionar para os materiais essenciais e de emergência dos recém-nascidos que sejam adequados para os diversos níveis de cuidados. (Quadro III.3.2). Também é importante que se preste atenção ao reforço da logística das rotinas do sistema de saúde para os aprovisionamentos. São necessárias inovações para desenvolver dispositivos mais robustos e de menores custos que se possam utilizar em locais onde o fornecimento de electricidade seja instável.

CAIXA III.3.5 O sopro da vida

Todos os assistentes especializados deverão ser capazes de reanimar bebés que não respirem à nascença. A sua formação requer prática baseada na competência, com um boneco-modelo para reanimação.

Nos serviços de obstetrícia, deve existir uma equipa de reanimação neonatal para prestar assistência aos partos, especialmente para as cesarianas, bebés muito prematuros ou bebés que se apresentem de nádegas à nascença, ou para os partos em que se encontre presente líquido amniótico espesso, manchado com mecónio.

O Hospital Distrital de Kayunga, no Uganda, situado a menos de uma hora de distância, por estrada, de Kampala, serve uma população de 320 000 habitantes. A sala de partos tem três camas hospitalares.

O espaço dedicado à reanimação dos recém-nascidos foi montado em 2005 com a ajuda de neo-natologistas do hospital escolar nacional. Num só ano, foram reanimados 25 recém-nascidos com um índice de Apgar inferior a 5. Vinte e três sobreviveram e dois morreram. Sem reanimação, muitos destes bebés teriam morrido ou sofrido de lesões cerebrais graves.



QUADRO III.3.2 Onde, o quê e quem? Materiais para os cuidados essenciais e de emergência dos recém-nascidos

Onde?	O que é necessário?	Quem utiliza?
Kit de parto higiênico para partos em casa	Folha de plástico, lâmina, atilho para o cordão umbilical, folheto com imagens sobre os sinais de perigo materno e do recém-nascido	O indivíduo que presta assistência ao parto, nos casos em que não exista um assistente especializado
Kit essencial de recém-nascido para partos em casa com assistência especializada	O mesmo conteúdo que acima, mais uma balança portátil de pesagem, medicamentos essenciais, saco e máscara, seringa de pêra (de borracha) ou unidade portátil de sucção	Assistentes especializados
Kits essenciais de recém-nascidos para serviços de saúde ou centros de saúde	O mesmo conteúdo que acima, mais balança de pesagem, máquina de sucção e, possivelmente, oxímetros de pulso	Assistentes especializados
Kits essenciais de recém-nascidos para hospitais	O mesmo conteúdo que acima, mais 4 cânulas medidoras de valores e de fluidos; sondas nasogástricas; termômetro para leitura de baixas temperaturas; oxigênio; antibióticos injectáveis	Assistentes especializados e médicos

Nota: Vide no CD anexo uma lista pormenorizada e outros equipamentos opcionais

5. Possibilidades de melhoramento de práticas saudáveis em casa e de interligar estas com os serviços de saúde

Promover o planeamento do parto e a preparação para as emergências. É importante esclarecer que promover a preparação para o parto e as boas práticas domésticas de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos é diferente de promover os partos em casa. As experiências realizadas no âmbito de certos programas revelam que quando as comunidades estão melhor informadas sobre as boas práticas e preparadas para as complicações maternas e dos

recém-nascidos, há mais mulheres a darem à luz nos serviços de saúde.³⁴ O envolvimento da família e da comunidade na preparação de um plano de parto e de emergência também pode encurtar a primeira demora (Caixa III.3.1) relativamente a decidir se e onde procurar assistência médica se ocorrerem complicações durante o parto em casa. As mães, os membros da família e os trabalhadores comunitários deverão estar conscientes dos sinais de perigo de complicações, tanto relativamente à mãe como relativamente ao recém-nascido (Caixa III.3.6).

A disponibilidade cada vez maior de telemóveis nas áreas rurais pode facilitar as comunicações de emergência. A mobilização da comunidade para a constituição de equipas de transportes de emergência pode melhorar o acesso aos COE, conforme acontece nas áreas rurais da Tanzânia, onde as comunidades trabalharam em conjunto para fornecerem equipas de maqueiros por bicicleta ou por barco para as mulheres com complicações durante o trabalho de parto.³⁵ No Gana, o governo reembolsa as cooperativas locais de transporte para levarem ao hospital as mulheres e os bebês em situações de emergência. Os sistemas comunitários de pré-pagamento podem ajudar as famílias pobres a diminuir os encargos com pagamentos de taxas moderadoras nos serviços de saúde.

Ponderar o papel das residências-maternidade junto dos hospitais. As residências-maternidade junto dos hospitais podem ajudar a preencher as lacunas que existem entre a casa e os serviços de saúde³⁶ e diversos estudos realizados em África revelaram que existe uma diminuição significativa de nados-mortos e de mortes neonatais nas mulheres que utilizam essas residências.³⁷ As mulheres que vivem longe dos serviços de saúde, que tiveram problemas de saúde durante a gravidez e resultados negativos, são as clientes que mais recorrem a essas residências. Muitos hospitais distritais de África possuem já uma residência dessas, mas as condições e modos de utilização variam. As experiências no terreno demonstram que uma residência de preço acessível que preste cuidados de saúde básicos, conforto e segurança, que receba familiares e crianças, e que esteja situada próximo do serviço de COE tem probabilidades de ser muito frequentada.

CAIXA III.3.6 Sinais de perigo durante e imediatamente após o parto

Se surgir qualquer um destes sinais de perigo, a mãe e o bebé devem imediatamente ser tratados num hospital ou num centro de saúde:

Mãe

- Se as águas se romperem e ela não entrar em trabalho de parto
- As dores do trabalho de parto duram mais de 12 horas
- Forte hemorragia (enche mais de duas ou três compressas em 15 minutos)
- Placenta não expulsa uma hora depois do parto

Bebé

- Dificuldade de respirar (não chorar à nascença)
- Incapaz de se alimentar
- Febre (>38°C) ou sensação de frio (<35,5°C)
- Muito pequeno (menos de 1 500 gramas ou nascido antes das 32 semanas)
- Espasmos ou convulsões
- Hemorragia excessiva

Fonte: Adaptada da referência¹⁷



Ponderar a possibilidade de recorrer a serviços comunitários prestados por parteiras. Nos locais onde as famílias têm acesso aos serviços de saúde, a modelagem da eficácia em termos de custo/benefício sugere que a solução com base num serviço de saúde com parteiras em número suficiente e uma qualidade de serviço aceitável seria a solução mais rápida para uma melhoria dos serviços prestados.³⁰ Contudo, nos locais onde o acesso aos serviços seja muito difícil, alguns países podem considerar, como estratégia provisória, prestar assistência aos partos que ocorrem em casa, como a que foi implementada na Indonésia.³⁸ As parteiras profissionais poderiam trabalhar fora de suas casas ou com outras parteiras em unidades de parto se for possível prestar um apoio eficaz, e proceder a referências de uterinas para outras unidades quando isso seja necessário. Em áreas rurais do Quênia, um esquema-piloto empregou parteiras aposentadas para prestarem assistência a partos em casa e pô-las em ligação com serviços de saúde locais para terem apoio no caso dessas referências.³⁹

Incentivar parcerias parteiras-ATPs. As ATPs não são um grupo homogêneo: algumas têm formação, mas a maioria não a tem; algumas têm empresas bem estabelecidas, mas a maioria só assiste alguns partos por ano; a maioria trabalha em casa, mas algumas trabalham em serviços de saúde quando há falta de assistentes profissionais. Se bem que algumas ATPs estejam ligadas ao sistema de saúde ao comunicarem ao serviço de saúde mais próximo o número de partos a que prestaram assistência mensalmente, a maioria não é controlada. Embora as ATPs tenham vindo a prestar assistência aos partos e sejam muitas vezes membros reconhecidos da comunidade, não são assistentes especializadas e, se isoladas, não conseguem salvar vidas de mulheres em situações de emergência. Não há evidências da eficácia da reanimação neonatal praticada pelas ATPs durante os partos em casa. Por conseguinte, o reconhecimento rápido dos problemas e a referência das mulheres com complicações obstétricas deverá ser uma prioridade programática. Contudo, tal como se descreve de passagem na Caixa III.3.7, as ATPs podem dar um contributo válido, especialmente quando promovem e divulgam cuidados especializados e ao acompanharem as mães para que os partos se realizem nos serviços de saúde, onde há cuidados essenciais para elas e para os recém-nascidos. Nos casos em que as ligações foram implementadas e se definiram funções que as ATPs podem desempenhar para estimular as referências das parturientes para as unidades de saúde competentes, essas referências aumentaram substancialmente.^{40/41} As ATPs podem servir como divulgadoras dos cuidados especializados, mas só terão capacidade para desempenhar este papel quando existam

CAIXA III.3.7 Novas funções para as assistentes tradicionais de partos

Uma assistente tradicional de partos, de Canda, no Burundi, fez o seguinte relato do modo como tem podido contribuir para tornar os partos mais seguros:

“Quando um parto em casa está iminente, posso dar apoio à mulher, mas mesmo uma mulher com um parto aparentemente normal, pode ter problemas internos. É muito difícil dar à luz em casa porque as mulheres e os bebés podem morrer. Agora vou com as mulheres a um centro de saúde para que dêem aqui à luz e porque há cinco enfermeiras e vem uma ambulância do hospital provincial buscar-nos se houver complicações. Não me pagam nada, mas a família partilha comigo alguns alimentos e presentes que a mãe recebe após o parto”

boas relações de trabalho com os assistentes especializados e com o restante pessoal das unidades de saúde em causa (Caixa III.3.11).

Para partos não assistidos, promover práticas saudáveis. Quando os cuidados especializados ainda não estiverem acessíveis, devem tomar-se medidas provisórias para mobilizar as famílias e as comunidades e assegurar que cada mulher beneficie de um parto limpo e de cuidados adequados à mãe e ao recém-nascido. Devem reconhecer-se e comunicar-se imediatamente aos serviços de saúde os sinais de perigo. As práticas saudáveis mínimas devem incluir:

- Parto limpo através dos “seis princípios de limpeza” (Caixa III.3.8) ou kits de parto limpo. As práticas de parto limpo poderão evitar seis a nove por cento dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos nos países da África Sub-Sahariana (Para mais informações sobre os dados desta análise, vide as notas da página 226).

CAIXA III.3.8 Os seis “princípios de limpeza”

1. Assistente com as mãos limpas
2. Superfícies limpas
3. Bisturi limpo
4. Cordel limpo para o nó umbilical
5. Toalhas limpas para secar o bebé e agasalhá-lo
6. Roupas limpas para agasalhar a mãe

- Assistência ao recém-nascido, incluindo limpeza, aquecimento, (aconchego pele contra pele), iniciação da amamentação exclusiva logo na primeira hora de vida e cuidados aos olhos e ao cordão umbilical
- Cuidados adicionais aos bebés prematuros (pré-termo) e com BPN se o bebé for pequeno mas puder ser amamentado
- Respeito pelas normas de PTV relativas ao VIH no caso das famílias de que se conhece a situação quanto ao VIH, por exemplo, promovendo alternativas à amamentação, se possível e conveniente
- Reconhecimento a tempo de sinais de perigo na mãe e no recém-nascido e referência para serviços de saúde competentes
- Promoção do registo dos recém-nascidos
- Promoção do espaçamento dos partos e do planeamento familiar
- Promoção precoce das vacinações

6. Incluir indicadores dos recém-nascidos no controlo e na avaliação

Os programas de cuidados de saúde das mães e dos recém-nascidos devem ser avaliados com base num conjunto de indicadores consensuais, tanto qualitativos como quantitativos. Na maioria dos países, os sistemas habituais de informações sobre a saúde registam eventos como o número de admissões, os partos, as cesarianas, etc. Há poucas informações sobre a saúde materna e neonatal, tais como a taxa de nados-mortos durante o parto, de bebés que necessitam de reanimação e respectivos resultados, e da percentagem de recém-nascidos que recebem cuidados essenciais, entre outras (Caixa III.3.9). Esta lacuna poderia ser preenchida incluindo indicadores-chave de cuidados aos recém-nascidos nos registos das maternidades, nos resumos mensais, nos sistemas de gestão de informações sobre a saúde, nos inquéritos IDS, nas Avaliações de Prestação de Serviços (APS), e noutros grandes inquéritos, assim como procurando respeitar os processos de controlo e avaliação para cada país dos ODM. Um novo indicador recentemente acrescentado aos indicadores de processo das Nações Unidas é a taxa de casos fatais durante o parto, que mede a proporção de nados-mortos (recentes) durante o parto e de mortes neo-natais muito rápidas (dentro das primeiras 6 ou 12 horas de vida) entre bebés que pesam mais de 2 500 gramas.¹⁶ Esta é uma medida sensível da qualidade da assistência ao parto.

CAIXA III.3.9 Indicadores-chave da saúde dos recém-nascidos durante o parto

- Partos assistidos por um assistente especializado^{*#}
- Necessidades satisfeitas relativamente aos cuidados obstétricos de emergência
- Taxa de nados-mortos (macerados e recentes)
- Recém-nascidos que precisaram de reanimação
- Recém-nascidos que receberam cuidados de saúde essenciais durante o parto por assistentes especializados
- Amamentação dentro de uma hora após o parto
- Pessoal especializado nos serviços de saúde competentes para gerir complicações dos recém-nascidos

*“Key newborn and child indicators in Countdown to 2015 child survival process”⁴²

#“Core WHO reproductive health indicators”⁴³

Vide Secção IV para uma lista completa de indicadores.

Além disso, a cobertura global e a qualidade dos registos de partos tanto relativamente às mães como aos bebés tem de ser melhorada. Actualmente as mortes maternas e neonatais, as complicações e os resultados, não são devidamente registadas, o que tem como resultado uma subavaliação das mortes maternas e neonatais e dos nados-mortos. Os registos das maternidades deverão ser revistos para reflectirem os resultados fetais e dos neonatais, assim como os maternos.⁴⁴ O tipo do parto, o sexo, o diagnóstico, o tratamento e a referência de casos de complicações maternas e do recém-nascido deverão também ser registados. Existem outras possibilidades para incluir os resultados relativos aos nados-mortos e aos recém-nascidos nos sistemas auditoriais de mortalidade materna, tais como as referidas na publicação “WHO *Beyond the Numbers*”.⁴⁵

Criar dados básicos sólidos para os programas cujo objectivo é reduzir a mortalidade materna e neonatal é essencial para documentar os progressos e as mudanças. Isso ajudará a promover esse objectivo e a tornar prioritária a afectação de verbas orçamentais para a saúde materna e neonatal.

Dificuldades

As dificuldades que impedem a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde especializados para que se abranjam todas as mulheres e bebés podem ser consideradas barreiras ao fornecimento dos serviços e ser uma das razões da sua limitada procura.

Dificuldades para a prestação de serviços de parto

O acesso universal à assistência especializada e aos COE é particularmente difícil de conseguir devido às exigências de infra-estruturas (como os blocos operatórios funcionais), à falta de recursos humanos (nomeadamente pessoal clínico altamente qualificado, com capacidade de resposta rápida e disponível 24 horas por dia), e à não existência regular de sangue, de medicamentos e de equipamentos.²⁷ Calcula-se que em África serão necessárias mais 180 000 parteiras nos próximos 10 anos para assim ultrapassar a actual escassez.¹⁴ Estas quantidades necessitam de um financiamento substancial, mas os cuidados de saúde materna, neonatal e das crianças concorrem com programas verticais bem financiados. Trabalhar com programas verticais para conseguir obter sinergias para aqueles cuidados exige competências profissionais especiais ao nível das políticas e dos programas, coordenação intersectorial e uma melhoria geral do sistema de saúde.

Prestar cuidados de saúde de boa qualidade irá automaticamente criar procura na comunidade para esses serviços. Neste processo de melhoria da qualidade dos serviços deverão envolver-se as mulheres e a comunidade em geral. Os cuidados de saúde de qualidade durante o trabalho de parto caracterizam-se por uma série de competências fundamentais definidas pela OMS, pelo Conselho Internacional das Parteiras - International Council of Midwives (ICM), e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).⁹ As normas e os protocolos clínicos globais existentes têm de ser adaptados e implementados localmente e a rapidez da criação de novos protocolos não é suficientemente rápida para tomar em consideração as novas evidências. A formação em serviço envolve custos directos e de oportunidade elevados, especialmente devido a um fluxo constante de novas evidências que implicam nova formação. Os actuais instrumentos e protocolos de monitorização deverão ser revistos para se garantir um apoio adequado ao pessoal e assim se prestarem serviços integrados eficientes e de qualidade. A análise da mortalidade materna e

CAIXA III.3.10 Reduzir as demoras e melhorar a assistência especializada: progressos no Centro de Saúde da Comunidade de Ntobwe

Graças à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados, o número de partos no Centro de Saúde da Comunidade de Ntobwe, no Ruanda, tem vindo a aumentar ao ponto de, praticamente, todas as mães estarem agora a dar à luz no centro de saúde da comunidade. Quase todas as mães frequentam os serviços de Controlo Pré-Natal (CPN) e recebem as intervenções essenciais: vacinação contra o toxóide tetânico, aconselhamento sobre sinais de perigo, informações sobre amamentação, tratamentos intermitentes preventivos da malária na gravidez, e PTV. O enfermeiro do centro não recebeu formação de COE, e por isso referencia a maioria das complicações obstétricas para o hospital distrital de Muhororo, utilizando para isso macas. O centro de saúde da comunidade funciona também como residência de espera para as mulheres que vivem muito longe. Após 38 semanas de gravidez, uma mãe pode esperar no centro de saúde da comunidade, sem pagar taxas moderadoras, desde que tenha ido a três consultas de CPN. A alimentação é da responsabilidade dos familiares.

Na maioria dos casos, os assistentes tradicionais de partos (ATP) deixaram de prestar assistência a partos devido a uma maior consciência da comunidade e também a intervenções administrativas. As novas funções dos ATP são a educação e a promoção da saúde. Numa reunião da comunidade, uma ATP disse “Nós prestávamos assistência aos partos porque as pessoas não tinham dinheiro para pagar os serviços e o hospital distrital fica demasiado longe. Agora as pessoas estão inscritas na segurança social e o centro de saúde local presta bons serviços. Por isso já não existem dificuldades. Perdemos o nosso emprego, mas estamos felizes por as mães e os bebés poderem sobreviver.”

Mais de 90 por cento dos lares estão inscritos na segurança social, o que custa 1 dólar por ano a cada membro da família. Em caso de doença, um utente precisa de pagar apenas uma parcela inicial de 0,50 dólares e o resto dos serviços é grátis. Contudo, se um utente precisar de ir para o hospital distrital, apenas 20 por cento de todos os custos estão cobertos pelos serviços de saúde. Quatro serviços de transportes de emergência transportam os casos urgentes com base num esquema de partilha de custos. Devido a um sistema eficaz de gestão das informações consegue-se melhorar os cuidados de saúde. Se, por exemplo, uma mulher no terceiro trimestre de gravidez, portanto perto da data prevista para o parto, não aparecer nos serviços, o centro comunitário de saúde localiza a mulher para saber se a data do parto tinha sido mal calculada, ou para prestar serviços de acompanhamento se por ventura ela deu à luz em casa.

perinatal, a análise dos casos quase fatais e as auditorias clínicas baseadas em critérios bem definidos, associadas a acções concretas, resolverão eficazmente os problemas de má qualidade dos serviços e diminuirão as mortes maternas e neonatais provocadas por factores evitáveis. É indispensável que exista um grau elevado de responsabilidade do pessoal de saúde para que os serviços prestados tenham qualidade.⁴⁶ As frequentes alterações do quadro do pessoal, pouco depois da sua formação, e a fuga de cérebros constituem um enorme desafio para a sustentabilidade dos serviços. A falta de motivação do pessoal reduz também a qualidade dos cuidados de saúde.²⁷ A Caixa III.3.1.1 descreve o modo como um centro de saúde do Burundi melhorou a prestação da assistência aos partos.

Pouca procura de assistência especializada aos partos

Ao mesmo tempo, aumentar a procura de assistência especializada é fundamental para assegurar uma eficaz prestação de cuidados continuados de saúde desde casa até aos serviços de saúde, destacando-se os cuidados essenciais a prestar às mães e aos recém-nascidos e tentando-se melhorar o comportamento dos utentes no que diz respeito à procura de cuidados nos casos complicados. Em muitos locais, a falta de cooperação entre as parteiras ou os

obstetras e as ATP enfraquece os laços entre a comunidade e os centros de saúde da área. (Vide Caixa III.3.10). Se bem que algumas das limitações relacionadas com o parto derivem da própria forma de prestação dos serviços, há questões específicas relacionadas com o acesso e a procura que também impedem que as mulheres e os seus bebés recebam os cuidados de que necessitam:

- Falta de confiança na qualidade dos serviços prestados pelos serviços de saúde;
- Falta de conhecimento dos sinais de perigo obstétricos e neonatais entre os membros da família;
- Práticas e crenças culturais;
- Custos catastróficos para as famílias. As taxas moderadoras, em especial, afectam o acesso aos cuidados obstétricos porque os custos hospitalares dos COE podem ser muito elevados. Por exemplo: um estudo efectuado no Benim e no Gana constatou que o custo de uma cesariana poderia chegar a um terço do rendimento anual médio de um lar.³

CAIXA III.3.11 **Melhoria dos cuidados de saúde neonatal e materna: Centro de Saúde de Madanba, Burundi**

O Centro de Saúde de Madanba, que recebe apoio do UNFPA, conseguiu melhorar com êxito os cuidados de saúde prestados às mães e aos recém-nascidos. Situado numa grande cidade junto à fronteira com a Tanzânia, este centro cobre uma população de 13 000 habitantes. Há 13 enfermeiras com competência de parteiras e todas as mulheres grávidas que ali acorrem para se submeterem a Controlo Pré-Natal (CPN) beneficiam de CPN focalizado e de instruções relacionadas com a gravidez, com o recém-nascido e com a assistência materna. A sala de partos possui duas camas e está bem equipada. O êxito do centro deve-se aos seguintes factos:

- O serviço de saúde está bem gerido e o pessoal está motivado
- Em cada parto utiliza-se um partograma e preenchem-se os formulários normais de maternidade
- As mães e os bebés continuam internados durante 24 horas se o parto foi normal
- O centro presta toda a assistência obstétrica fundamental de emergência, excepto a extracção por vácuo
- Na sala de partos exibem-se claramente informações sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido, assim como os sinais de perigo que a mãe e o recém-nascido podem apresentar
- A enfermeira encarregada chama uma ambulância do hospital provincial sempre que há uma emergência
- Todos os recém-nascidos com baixo peso são transferidos para hospitais provinciais



Medidas práticas

- *Políticas e planeamento* - Garantir que o Roteiro e outros documentos das políticas se convertam em intervenções realmente eficazes. Delegar as competências para salvar vidas nos profissionais de saúde de nível médio, e prestar serviços essenciais aos recém-nascidos em cada casa através de subcontratados externos com ligações ao sistema de saúde. Desenvolver e implementar estratégias para garantir a qualidade dos serviços e o acesso a eles em condições de igualdade.
- *Recursos* - A afectação de verbas nacionais e dos doadores deverá dar prioridade à assistência à saúde materna e neonatal. Estabelecer ligações mais estreitas com os serviços de PTV, de pediatria, e com outros programas, para preencher lacunas dos recursos.
- *Directrizes* - Criar, divulgar e implementar directrizes nacionais normalizadas para a gestão da assistência durante o trabalho de parto e o parto, incluindo a assistência essencial ao recém-nascido e o manejo das complicações obstétricas e dos recém-nascidos.
- *Recursos humanos* - Melhorar a competência dos médicos, do restante pessoal clínico, das parteiras e das enfermeiras para o manejo dos partos, incluindo os cuidados essenciais aos recém-nascidos, assim como as complicações obstétricas e dos recém-nascidos, incluindo a reanimação. Melhorar a acreditação, a regulamentação e a garantia de qualidade dos serviços. Melhorar as condições de trabalho e as remunerações.
- *Gestão* - É necessário e urgente melhorar a capacidade de gestão dos programas de saúde materna e neonatal, tanto a nível nacional, como a nível distrital.

- *Infra-estruturas e materiais* - Ponderar a criação de residências-maternidade junto dos hospitais, acolhedoras para as mulheres, onde elas possam aguardar a sua admissão no hospital. Todas as salas de parto devem possuir um recanto aquecido e limpo para os recém-nascidos, onde se lhes possam prestar cuidados essenciais e proceder a reanimações. Certificar-se de que existem medicamentos e materiais essenciais ao recém-nascido. Devem fornecer-se às utentes kits pré-embalados para os cuidados dos recém-nascidos, específicos para os tratar a nível da comunidade, de um centro de saúde ou de um hospital.
- *Controlo* - Recolhem-se mais informações do que aquelas que depois se analisam e põem em prática, especialmente no que se refere a prestar intervenções essenciais aos pobres. As medidas práticas para se melhorarem as informações sobre os recém-nascidos incluem a inserção das funções sinaléticas dos recém-nascidos nos indicadores de processo dos COE e no sistema de informações de rotina sobre a saúde.
- *Investigação* - A investigação operacional para gerar evidências locais constitui uma base importante para a melhoria dos serviços. Há falta de dados básicos de confiança sobre a verdadeira dimensão da TMN e faltam testes em grande escala para orientar as políticas e as práticas, como é o caso da reanimação de recém-nascidos a nível da comunidade pelos TCS ou pelas ATP. Dois pequenos estudos realizados na Ásia utilizaram trabalhadores comunitários para efectuarem reanimações em casa, mas não se conseguiu demonstrar que houve uma diminuição significativa da mortalidade neonatal.^{20;47} É necessário proceder a mais investigação que também analise a viabilidade e eficácia em termos de custo-benefício.

Conclusão

Se 90 por cento das mulheres grávidas africanas dessem à luz com um assistente especializado e tivessem acesso a cuidados obstétricos de emergência eficazes e a assistência neonatal imediata, poderiam evitar-se anualmente cerca de 395 000 mortes de recém-nascidos africanos. Além disso, poderiam salvar-se as vidas de muitas mulheres e evitar-se-iam numerosos nados-mortos. Os progressos para se melhorar a assistência especializada aos partos e os COE têm sido desanimadores. Em África, a proporção de partos com a presença de um assistente especializado não tem progredido desde há uma década. Duas de cada três mulheres com complicações obstétricas não recebem os cuidados necessários, e poucos bebés recebem cuidados essenciais simples, e muito menos cuidados

eficazes de reanimação no caso dos bebés prematuros e dos bebés com BPN. Porém, melhorar a assistência ao parto é fácil de conseguir com vontade política e mais investimento. Conseguir-se-ão alcançar os progressos necessários, mas isso requer tempo, uma melhoria importante dos sistemas de saúde, recursos humanos e infra-estruturas, ao longo das próximas duas décadas.³⁰ Entretanto, há medidas que se podem tomar para melhorar a qualidade e utilizar os serviços de saúde existentes, como promover o aumento da procura dos serviços, melhorar as ligações com a comunidade e promover comportamentos domésticos simples para salvar vidas onde elas sejam mais vulneráveis.



Medidas prioritárias para melhorar a assistência aos recém-nascidos durante o parto

- Mover influências para se conseguir um aumento de investimentos para a assistência aos partos e para os cuidados obstétricos de emergência (COE) por pessoal especializado, e para a utilização desses investimentos na melhoria dos sistemas de saúde, no aumento do número de profissionais de saúde com conhecimentos obstétricos (parteiras) e para distribuir prioritária e equitativamente os postos de trabalho.
- Integração e convergência: em vez de criar um programa vertical para os recém-nascidos, reflectir sobre como integrar intervenções eficazes a eles destinadas, com programas já existentes de saúde, de nutrição, de prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) e com outros programas que possuam um potencial elevado para promover o melhoramento dos serviços.
- Ao melhorarem-se as políticas e as práticas da assistência especializada aos partos:
 - Melhorar em todos os partos os cuidados essenciais especializados para os recém-nascidos, criando-se para isso em cada sala de parto um recanto especialmente destinado aos recém-nascidos
 - Incluir cuidados essenciais e de emergência para os recém-nascidos ao melhorarem-se os COE
- Resolver os problemas de equipamento e de materiais e produtos existentes no sistema de saúde e ponderar a criação e distribuição de kits internacionalmente normalizados e pré-embalados, para cuidados essenciais e de emergência destinados aos recém-nascidos, assim como para os COE
- Melhorar as ligações entre os domicílios e os hospitais através de uma melhoria das comunicações e dos serviços de referenciação de utentes entre unidades de saúde, as residências tipo maternidade para parturientes que aguardam admissão num hospital, as parcerias com assistentes tradicionais de partos e com parteiras, e com os planos de transporte comunitários de emergência
- Resolver problemas financeiros relativos às assistências especializadas, particularmente com os COE, através de diversas opções como alterar o esquema das taxas moderadoras e ponderar determinados esquemas de pré-pagamento
- Chegar a consenso sobre um conjunto de indicadores de controlo para os COE que inclua a saúde dos recém-nascidos, e utilizar estes dados para promover melhorias na cobertura e na qualidade dos cuidados de saúde



Controlo Pós-Natal

Charlotte Warren, Pat Daly, Lalla Toure, Pyande Mongi

Todos os anos, em África, morrem pelo menos 125 000 mulheres e 870 000 recém-nascidos na primeira semana após o parto. Porém, isto acontece quando a cobertura e os programas funcionam pior ao longo dos cuidados continuados de saúde. O primeiro dia de vida é a ocasião em que se correm os maiores riscos, tanto em relação à mãe como ao bebé. O facto de 18 milhões de mulheres africanas não darem à luz normalmente num serviço de saúde, levanta problemas de planeamento e de implantação do Controlo Pós-Natal (CPósN) para as mulheres e para os seus recém-nascidos. Independentemente do local do parto, as mães e os recém-nascidos passam em casa a maior parte do período pós-natal (as primeiras seis semanas após o parto).

Os programas de Controlo Pós-Natal (CPósN) são dos menos operacionais de entre todos os programas de reprodução e de saúde infantil da região. Como poderemos aumentar a cobertura integrada dos cuidados de saúde materna e neonatal no período pós-natal? O que é que o CPósN inclui, onde e quando pode ele ser prestado, e por quem? Como poderemos tornar operacionais, e melhorar e manter as ligações entre os domicílios e os hospitais? Como poderá o CPósN ser integrado com estratégias e programas existentes, especialmente com a assistência aos partos, com a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), com a promoção da nutrição, com a prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho e com os programas de vacinação?



Problema

O período pós-natal - definido aqui como as primeiras seis semanas após o parto - é crítico para a saúde e a sobrevivência das mães e dos seus filhos recém-nascidos. O período mais vulnerável para ambos são as horas e os dias após o parto. A falta de cuidados neste período de tempo pode ter como resultado a morte ou a incapacidade, assim como Possibilidades não aproveitadas para promover práticas saudáveis que afectam as mulheres, os recém-nascidos e as crianças:

Efeitos sobre as mulheres: metade das mortes pós-natal ocorre durante a primeira semana após o nascimento do bebé e a maioria destas mortes acontece durante as primeiras 24 horas após o parto.¹ A principal causa de mortalidade materna em África, que representa 34 por cento das mortes, são as hemorragias, a maioria das quais ocorre após o parto. A septicémia e as infecções são responsáveis por outros 10 por cento de mortes maternas, ocorrendo praticamente todas durante o período pós-natal.² As mães seropositivas correm maiores riscos de morte materna pós-natal do que as seronegativas.³ É igualmente importante o acesso ao planeamento familiar no início do período pós-natal, e a falta de Controlo Pós-Natal (CPósN) contribui para gravidezes frequentes e mal espaçadas (Secção III capítulo 1). Este período acarreta muito stress para as novas mães, pelo que deve haver à sua disposição apoio psicossocial para reduzir o risco de depressão.

Efeitos sobre os recém-nascidos: a África Sub-Sahariana tem as taxas mais elevadas de mortalidade neonatal do mundo e apresentou os progressos mais lentos no que toca à diminuição de mortes de recém-nascidos, especialmente de mortes na primeira semana de vida. Todos os anos, pelo menos 1,16 milhões de bebés africanos morrem nos primeiros 28 dias de vida, e 850 000 destes bebés não sobrevivem à semana em que nasceram.⁴ A asfixia é responsável pela morte de muitos bebés durante o primeiro dia de vida, e a maioria das mortes devidas a partos prematuros ocorre durante a primeira semana. Trinta e oito por cento dos bebés da África Sub-Sahariana morrem de infecções, principalmente após a primeira semana de vida.⁵ A maioria destas mortes deve-se ao facto de o bebé ter baixo peso à nascença (BPN), e muitos deles são prematuros. Além disso, as deficiências a longo prazo e o débil desenvolvimento, têm muitas vezes origem no parto e no início do período pós-natal.

Efeitos nas crianças: pelo menos uma em quatro mortes de crianças ocorre durante o primeiro mês de vida. Estas mortes ocorrem muitas vezes antes de os serviços de saúde começarem a cuidar da criança, o que acontece geralmente às seis semanas, por ocasião da primeira consulta para as vacinações. A reduzida cobertura de cuidados de saúde no período pós-natal influencia negativamente outros programas de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) ao longo dos cuidados continuados de saúde. A falta de apoio aos comportamentos domésticos saudáveis, como a amamentação, por exemplo, pode ter efeitos permanentes na criança em termos de subnutrição. (Secção III capítulo 6). Acresce que se perde frequentemente o contacto com os recém-nascidos e as mães durante o período pós-natal, que é aquele em que se deveria tratar da prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) de mãe para filho¹²¹ (Secção III capítulo 7).

O período que se segue ao parto é muitas vezes marcado em África por práticas culturais. Compreender estas crenças e práticas é importante para garantir cuidados de saúde eficazes e no tempo adequado. Muitas comunidades em África cumprem certas práticas que mandam manter as mães e os bebés dentro de casa durante o primeiro mês após o parto, transformando este mês num período de reclusão e isolamento. As famílias receiam que os visitantes se aproximem dos recém-nascidos.^{7,8} Se as mães ou os bebés adoecem durante o período de reclusão, muitas vezes demora-se a procurar apoio nos serviços de saúde formais. Porém, os bebés doentes morrem muitas vezes dentro de poucas horas e as demoras podem ser fatais. Estas demoras também afectam as mães. No capítulo anterior sobre os cuidados a prestar ao bebé descrevem-se três demoras cruciais: demora no reconhecimento de complicações, demora em chegar aos serviços de saúde apropriados e demora em ser atendido e cuidado.

Quando um bebé morre, as mulheres da família - não os homens - procedem ao funeral. Muitas vezes é tabu que alguém se lamente e chore durante o funeral de um recém-nascido ou que os familiares

e amigos façam perguntas acerca do motivo da morte. Nalguns países diz-se que se um recém-nascido morre “o bebé voltou para trás e ainda não nasceu”.

Algumas práticas culturais prejudicam a saúde e a sobrevivência do recém-nascido e as mães jovens e primíparas seguem frequentemente essas práticas. Dar banhos frios aos recém-nascidos, deitar fora o colostro e alimentar o bebé com outros alimentos que não o leite materno pouco depois do parto pode ser prejudicial. Aplicar ao nó umbilical manteiga, cinzas ou outras substâncias como esterco de vaca, aumenta os riscos de infecção.

Este capítulo descreve o pacote do CPósN e as suas coberturas e tendências actuais em África. A seguir analisamos as possibilidades de melhoria desse CPósN nos serviços de saúde através de serviços de proximidade e da comunidade, e sugerimos medidas práticas que ajudarão a resolver obstáculos fundamentais relativos à prestação de cuidados de saúde de qualidade às mães e aos bebés durante o período crítico pós-natal.

Pacote

Calcula-se que se o CPósN e os tratamentos curativos conseguissem abranger 90 por cento dos bebés e das suas mães no período pós-natal, poderiam evitar-se 10 a 27 por cento das mortes neonatais. Por outras palavras, uma cobertura elevada do CPósN poderia salvar anualmente até 310 000 vidas de recém-nascidos africanos.⁹ (Vide as notas sobre os dados na página 226 para mais informações sobre esta análise). O impacto sobre a sobrevivência e o bem-estar maternos seria igualmente significativo.

Actualmente existe um maior consenso relativamente ao conteúdo do CPósN, (o que é)^{10;11} mas permanecem dúvidas quanto à melhor ocasião (quando) e local (onde) para as consultas pós-natal, e quanto a quem pode prestar os serviços incluídos neste pacote. A Caixa III.4.1 descreve o consenso actual no que diz respeito ao “o que é”, ao “quando” ao “onde” e ao “quem” das rotinas de CPósN.

CAIXA III.4.1 Controlo Pós-Natal de rotina (CPósN): O que é, quando, onde e quem?

O QUE É o CPósN de rotina?

As práticas de cuidados preventivos e as avaliações de rotina para identificar e gerir ou transferir complicações das mães e dos bebés incluem:

CPósN essencial, de rotina, para todas as mães

- Avaliar e verificar se há hemorragias e controlar a temperatura
- Apoiar a amamentação, e analisando os seios para prevenir a mastite
- Manejar a anemia, promover a boa nutrição, as redes mosquiteiras tratadas com insecticida, e administrar suplementos de vitamina A
- Completar, se necessário, a vacinação com toxóide tetânico
- Dar conselhos e referir as várias opções de planeamento familiar
- Referenciar os utentes para outras unidades de saúde no caso de complicações como as hemorragias, as infecções ou a depressão pós-natal
- Aconselhar acerca dos sinais de perigo e dos cuidados de saúde domésticos

CPósN essencial, de rotina, para todos os recém-nascidos

- Avaliar a presença de sinais de perigo, medir e registar o peso, e controlar a temperatura e a alimentação
- Dar apoio às práticas de alimentação óptimas, especialmente a amamentação exclusiva
- Promover a higiene e os cuidados à pele, aos olhos e ao cordão umbilical
 - Se os cuidados oftálmicos profiláticos forem uma prática local e não foram aplicados, ainda se podem aplicar até 12 horas depois do parto
 - Manter o cordão umbilical limpo e seco
 - Identificar infecções superficiais da pele, como o pus que escorra do umbigo, qualquer vermelhidão que se alastre desde o umbigo até à pele, mais de 10 pústulas na pele, inchaços, vermelhidão e dureza na pele, e tratar ou referenciar para uma unidade de saúde se o bebé apresentar também sinais de perigo
- Manter o aquecimento, adiando o primeiro banho do bebé para depois das primeiras 24 horas de vida, mantê-lo encostado à mãe pele-contra-pele e colocando-lhe um capuz
- Insistir no registo do bebé e facilitá-lo
- Dirigir-se a uma unidade de saúde para proceder às vacinações de rotina
- Aconselhar sobre os sinais de perigo e os cuidados de saúde em casa

Cuidados adicionais a ter com os bebés com baixo peso à nascença (BPN) ou com os bebés pequenos e outros bebés vulneráveis, como os que nascem de mães seropositivas (duas ou três consultas extra)

A maioria das mortes de bebés recém-nascidos ocorre nos de baixo peso, muitos dos quais são prematuros. Não são necessários cuidados intensivos para salvar a maioria destes bebés. Cerca de um terço poderão ser salvos com cuidados simples⁹ que incluem:

- Saber reconhecer a pequena dimensão do bebé
- Avaliar os sinais de perigo e tratá-los ou referenciar a mãe e o bebé para uma unidade de saúde, consoante o caso
- Prestar apoio adicional à amamentação, incluindo espremer o leite materno e alimentar com copo ou biberão, se necessário
- Prestar especial atenção às práticas de aquecimento, como a de pele-contra-pele ou o Método Mãe Canguru, MMC
- Saber reconhecer e identificar os bebés incapazes de se alimentarem através de amamentação ou de aceitar leite espremido do peito da mãe, e transferi-los para uma unidade de saúde rapidamente
- Prestar cuidados adicionais aos bebés cujas mães sejam seropositivas, especialmente no que se refere ao apoio à sua alimentação (Secção III capítulo 7)

Identificação precoce e referência/manejo em caso de emergências da mãe do bebê

Para salvar a vida das mães e dos bebês, é necessária, no caso de complicações graves, a sua detecção, manejo ou referência para unidade de saúde apropriada

Sinais de perigo na mãe

- Hemorragia excessiva
- Descarga vaginal com mau odor
- Febre com ou sem arrepios
- Fortes dores abdominais
- Cansaço excessivo ou falta de ar
- Mãos, cara e pernas inchadas, com fortes dores de cabeça ou visão turva
- Peitos dolorosos, dilatados, ou mamilos doridos, com fissuras ou sanguinolentos

Sinais de perigo no bebê

- Convulsões
- Movimentos apenas quando estimulado, ou ausência de movimentos, mesmo quando estimulado
- Não se alimentar bem
- Respiração rápida (mais de 60 respirações por minuto), farfalheira ou forte arfar
- Febre (acima de 38° C)
- Baixa temperatura corporal (abaixo de 35,5° C),
- Bebê muito pequeno (menos de 1 500 gramas de peso ou nascido dois ou mais meses antes do tempo previsto)
- Hemorragias

QUANDO e como devem ocorrer as consultas pós-natal?

A data e o número ótimos das consultas pós-natal, especialmente nos locais onde os recursos são poucos, ainda é objecto de debate. Embora ainda não se tenham feito análises sistemáticas em grande escala para determinar este protocolo, têm-se sugerido três ou quatro consultas pós-natal. As consultas devem ser feitas muito cedo porque a maioria das mortes maternas e dos recém-nascidos ocorre na primeira semana, especialmente no primeiro dia, e este período é também a ocasião crucial para promover comportamentos e práticas saudáveis. Cada país deve tomar decisões baseadas no contexto local e nos materiais, produtos e equipamentos de que dispõe, incluindo quem pode prestar os serviços incluídos no pacote de CPósN, e qual o local onde esses serviços podem ser prestados. Como orientação, apresentamos as seguintes directrizes:

• *Primeiro contacto:*

Se a mãe se encontrar num serviço de saúde, ela e o bebê devem ser avaliados dentro de uma hora a seguir ao parto e de novo antes de terem alta

Devem aconselhar-se as mulheres a permanecerem durante 24 horas nos serviços, especialmente depois de um parto complicado.

Se o parto aconteceu em casa, a primeira consulta deverá ocorrer nas primeiras 24 horas cruciais após o parto

- *Recomenda-se que haja contactos para seguimento* da situação pelo menos cada 2-3 dias, 6-7 dias e às 6 semanas
- *Devem ocorrer outros contactos adicionais* no caso dos bebês que necessitem de cuidados especiais (os que tenham baixo peso à nascença ou os filhos de mães seropositivas). Nestes casos deverá haver duas ou três consultas além das de rotina

ONDE se deverá executar o Controlo Pós-Natal e QUEM o pode executar

Há algumas estratégias possíveis para se prestar CPósN e muitas das tarefas rotineiras podem ser delegadas, embora a monitorização e as ligações sejam fundamentais:

- *Num serviço de saúde:* é mais provável que se preste esta assistência se o parto ocorrer num serviço de saúde, mas mesmo assim as mulheres e os bebês podem não ser contactadas para terem um CPósN eficaz antes de terem alta dos serviços, e mesmo quando as mães vão aos serviços para lá ocorrer o parto, podem regressar nos primeiros dias após terem tido alta
- *Em serviços de proximidade:* Um assistente especializado pode visitar a casa da parturiente para prestar CPósN à mãe e ao bebê
- *Consultas em casa por um trabalhador comunitário de saúde (TCS):* Nas localidades onde os sistemas de saúde não sejam tão completos e eficientes e os recursos humanos sejam limitados, certas tarefas podem ser delegadas em TCS que ficam ligados com os serviços de saúde para os casos em que seja necessário referenciar um paciente
- *Combinação de cuidados de saúde nos serviços e em casa:* o CPósN pode ser prestado nos serviços de saúde a seguir ao parto, em casa durante os primeiros dois a três dias cruciais, e em consultas subsequentes nos serviços de saúde após seis a sete dias e às seis semanas, quando a mãe está mais capaz de sair de casa

Fontes: Adaptado das referências^{11,12}

Nota: Esta informação não tem a intenção de ser um guia clínico pormenorizado

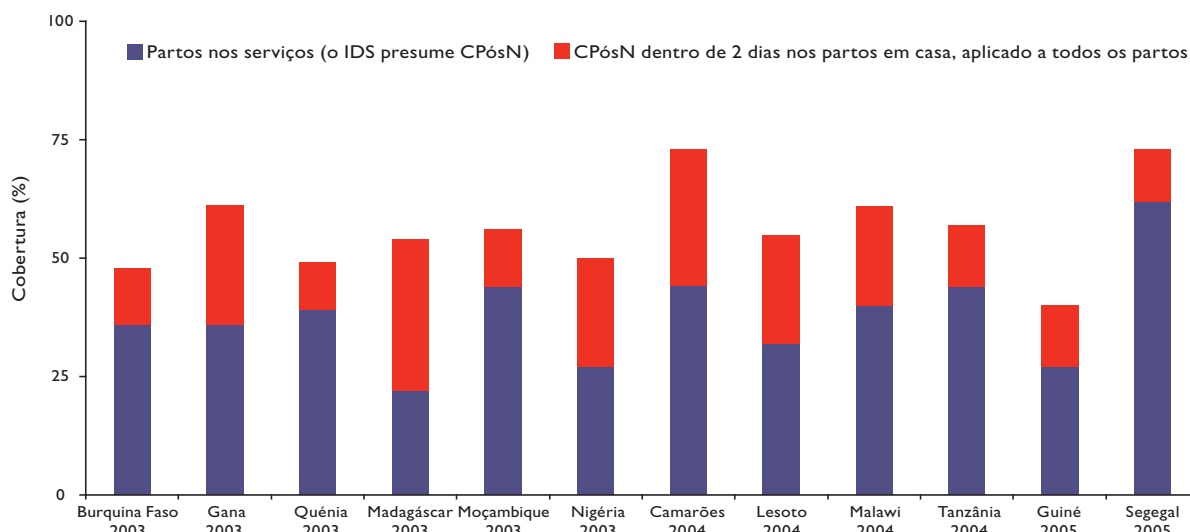
Cobertura actual e tendências

O período pós-natal é um período a que se atribui pouca importância. Apesar de a maioria das mortes maternas e de recém-nascidos ocorrerem dentro da primeira semana do período pós-natal¹ os profissionais de saúde da África Sub-Sahariana continuam a aconselhar as mães a voltarem aos serviços de saúde para uma primeira consulta apenas seis semanas depois. O que acontece então é que esta consulta é só para sobreviventes.

A inexistência de dados comparáveis e relevantes para os programas revela que este pacote não está a ser implementado sistematicamente. Não há indicadores consistentemente medidos sobre a eficácia dos programas nacionais de CPósN.⁸ As definições para a monitorização do CPósN são por vezes problemáticas, inclusive a presunção contida nalguns estudos de que todas as mulheres cujos partos ocorrem nos serviços de saúde recebem automaticamente CPósN. Com base numa análise de 23 Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), dois terços das mulheres da África Sub-Sahariana dão à luz em casa e apenas 13 por cento dessas mulheres vão a uma consulta pós-natal dentro do prazo de dois dias após o parto.

De acordo com dados do IDS da Etiópia, 90 por cento das mães não receberam qualquer CPósN nas primeiras seis semanas. Das poucas que o receberam, mais de metade deram à luz num serviço de saúde, onde o número elevado de utentes inscritas e a prática de dar alta aos internados muito cedo, impede muitas vezes as mães de receberem um CPósN conveniente. Na Eritreia, 92 por cento das mulheres que deram à luz em casa não receberam qualquer CPósN dentro das primeiras seis semanas. Do mesmo modo, 85 por cento das mulheres que deram à luz em casa no Mali, e 70 por cento das que deram à luz em casa no Ruanda, também não receberam qualquer CPósN, de acordo com os dados mais recentes dos países referidos nos IDS. Além de medir o número de partos que ocorrem em casa, o indicador do CPósN no IDS não dá quaisquer informações sobre o conteúdo ou a qualidade da consulta. Isto contrasta com as informações mais completas fornecidas por respostas a perguntas sobre os Controlos Pré-Natais (CPN), em que se perguntou às mulheres se tinham sido submetidas a uma série de intervenções, como injeções com o toxóide tetânico e medições da tensão arterial.

FIGURA III.4.1 Controlo pós-natal prestado dentro dos dois dias seguintes ao parto nos serviços de saúde (presumindo que todos os partos ocorridos nos serviços beneficiam de controlo pós-natal) ou em casa, de acordo com dados de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) realizados em 12 países (2003-2005)



Fonte: Dados de IDS de inquéritos de 2003-2005. O IDS presume que todos os partos que ocorrem nos serviços de saúde beneficiam de CPósN. Para mais informações sobre este indicador, vide notas da página 226

Qualquer falta de CPósN afecta a cobertura de diversas intervenções essenciais. Embora os comportamentos domésticos saudáveis, como a amamentação, estejam bem descritos, só 30 por cento dos bebés da África Sub-Sahariana são amamentados assim, em regime exclusivo. Também se verifica que muitos recém-nascidos estão demasiado frios após o parto, mesmo para países tropicais,¹³ e o aconchego pele-a-pele após o parto, não é amplamente praticado.

O planeamento familiar constitui uma importante oportunidade perdida no período pós-natal. Certos debates ocorridos em grupos-alvo no Quênia revelaram que praticamente todas as mulheres pensavam que as informações sobre o planeamento familiar poderiam ser transmitidas durante as consultas pós-natal ou antes de a mulher ter alta do hospital, após o parto.^{14,15} O método da amenorreia lactacional deve ser o primeiro método a



escolher para um planeamento familiar precoce entre as mães com novos bebés, devendo prever-se também a utilização de preservativos para se obter protecção dupla contra o VIH/SIDA e contra a gravidez.¹⁶ Deverá ponderar-se o recurso a tecnologias de planeamento familiar a utilizar no princípio do período pós-natal, como a inserção de um dispositivo intra-uterino contraceptivo dentro das 48 horas após o parto.¹⁷

Possibilidades de melhoria do CPósN

Em África há possibilidades políticas e programáticas para se melhorar o CPósN em virtude do recente reconhecimento generalizado de que esta é uma lacuna fundamental dos cuidados continuados de saúde. Os contactos para o CPósN mantêm essa continuidade entre os serviços de saúde materna e infantil ou pediátrica, dando apoio a comportamentos saudáveis que deveriam ter sido introduzidos durante as consultas de CPN e prosseguidos durante o trabalho de parto e o parto. Além disso, a consulta de CPósN é fundamental para garantir cuidados continuados desde casa até ao hospital. Melhorar o CPósN depende da capacidade e da acessibilidade dos sistemas locais de

saúde, do nível de descentralização da tomada de decisões e das práticas culturais comuns, especialmente das práticas culturais relativas à reclusão ou isolamento hospitalar, que podem reduzir a procura de cuidados de saúde.

Mesmo com acordo acerca do conteúdo principal de um pacote global, o *quem*, o *onde* e o *como* devem ser adaptados ao contexto sanitário e social relevante. Os métodos para melhorar o CPósN incluem diversas possibilidades, consoante as mulheres dêem à luz num serviço de saúde ou em casa. Dado que mais de metade das mulheres e dos seus recém-nascidos permanecem em casa durante e imediatamente após o parto, é fundamental integrar os cuidados prestados à mãe e os prestados ao recém-nascido fora do sistema de saúde formal.

O Quadro III.4.1 apresenta quatro possíveis métodos de executar CPósN com base no local do parto e nos locais onde se encontram os serviços e os respectivos prestadores do CPósN. Também lá se expõem em pormenor a aceitabilidade esperada e os problemas que estes possíveis métodos representam para a mãe, para quem presta os serviços e para o sistema de saúde.

QUADRO III.4.1 Estratégias de Controlo Pós-Natal (CPósN): viabilidade e dificuldades que se levantam à sua implementação

	Estratégias possíveis	Conciliáveis com os interesses da mãe	Conciliáveis com os interesses do prestador de serviços	Dificuldades que se levantam à implementação
1	A mãe e o bebé dirigem-se aos serviços de saúde para o CPósN	●	●●●	É necessário que a mãe venha aos serviços dentro de um prazo muito curto a seguir ao parto. É mais provável que isso aconteça no seguimento de um parto ocorrido nos serviços.
2	O assistente especializado dirige-se a casa da parturiente para prestar CPósN à mãe e ao bebé	●●●	●	Depende da existência de recursos humanos suficientes, o que é um problema e pode não constituir a prioridade mais premente para assistentes especializados de serviços onde a assistência especializada ao parto ainda é reduzida. Talvez seja possível onde os serviços de saúde rurais tenham menos movimento durante a tarde.
3	Um Trabalhador Comunitário de Saúde (TCS) dirige-se a casa da parturiente para ver a mãe e o bebé	●●●	●	É necessário que o TCS tenha formação e que haja manejo, monitorização e apoio logístico.
4	Combinação: parto nos serviços e primeira consulta de CPósN nos serviços; depois, consulta em casa dentro de dois ou três dias, com consultas posteriores de CPósN nos serviços	●●	●●	É necessária uma metodologia de equipa entre os serviços e o TCS, recursos humanos suficientes, bom manejo e monitorização, bons sistemas de referência dos utentes, e um sistema eficiente de informações e de detecção para que a mãe e o bebé sejam sempre localizáveis para se prosseguir com as consultas de seguimento.

Chave : ●Baixa ●●Moderada ●●●Alta

Fonte: Grupo de trabalho de CPósN composto por autores dos capítulos e editores

Com um ambiente político propício, estas estratégias podem ser implementadas e integradas nos cuidados integrados de saúde, interligando-se com outros serviços da unidade de saúde, com o domicílio e com a comunidade. Antes de se comprometerem com uma qualquer metodologia que iria necessitar da introdução de melhoramentos nos quadros de pessoal, os responsáveis deverão reflectir bem.

1. CPósN ao nível da unidade de saúde

O modelo mais comum utilizado no CPósN consiste em pedir à mãe que deute à luz numa unidade de saúde que volte à unidade

para se proceder a um CPósN.⁷ Na África Sub-Sahariana, uma elevada proporção de mulheres comparecem a pelo menos uma consulta de CPN, altura em que o pessoal que presta os serviços pode aconselhar a mulher grávida no último trimestre de gravidez acerca da importância de beneficiar de assistência especializada durante o parto e de se fazer um controlo (*check-up*) precoce tanto à mãe como ao bebé. Os factos comprovam que é mais provável que as mulheres tenham um assistente especializado durante o parto se tiverem beneficiado de um bom CPN e se tiverem um assistente especializado durante o parto é mais provável que regressem para o CPósN.^{18;19}

As mulheres que dão à luz num serviço de saúde deverão ser exortadas e encorajadas a permanecer nele pelo menos durante 24 horas, antes de lhes ser dada alta. Isto permitirá que o pessoal de saúde observe a mãe e o bebé para verificar se a opção nutritiva preferida está a ser respeitada e para ter a certeza de que quaisquer complicações maternas ou do recém-nascido são detectadas e tratadas. Se forem identificados no bebé factores de risco específicos, a mãe e o bebé devem permanecer na unidade por mais dois dias para permitir que lhes seja administrada uma boa alimentação, aquecimento e outros cuidados aconselhados às complicações, e para que a mãe de um bebé com baixo peso (BPN) se possam ensinar as práticas “Método Mãe Canguru, MMC”. Antes de terem alta, as mães devem ser aconselhadas a trazer os seus bebés à unidade de saúde se notarem quaisquer sinais de perigo. Deveser marcada uma data concreta para regressarem a fim de se submeterem a um CPósN, o que irá aumentar a sua probabilidade de comparecerem de facto com os seus bebés.²⁰ Em muitos locais, contudo, mesmo que o parto tenha ocorrido num serviço de saúde, elas não regressarão dois dias após o parto, quando o risco de morte é mais elevado para ela e para o bebé. Sempre que possível, devem combinar-se e marcar-se consultas para datas oportunas em casa, ou arranjar-se um esquema combinado, conforme se descreve abaixo, na quarta estratégia.

2. CPósN como serviço de proximidade: consultas em casa por assistentes especializados

Pode também proceder-se a um acompanhamento pós-natal das novas mães e seus bebés através de consultas de proximidade com um assistente especializado. O assistente pode examinar a mãe e o bebé, proceder aos tratamentos essenciais a ambos e identificar quaisquer complicações que possam ser resolvidas no local ou necessitar de referência para uma unidade de saúde. Nalguns locais com poucos recursos já têm ocorrido consultas de proximidade com êxito para CPósN. Em Madagáscar, 15 por cento das mulheres beneficiam de uma consulta pós-natal prestada em suas casas por um profissional de saúde. Num estudo piloto realizado em áreas rurais do Quênia, parteiras aposentadas facilitam partos em casa e visitam a mãe e o bebé duas ou três vezes durante a primeira semana.⁸ Outro estudo realizado na Zâmbia revelou que as parteiras que tinham dado instruções às mães em suas casas sobre a saúde dos bebés recém-nascidos lhes permitiam com isso identificar sinais de perigo e assim tomarem medidas mais frequentemente, do que resultou numa diminuição da prevalência de problemas de saúde nos recém-nascidos.²¹ Contudo, em geral, na maioria dos países africanos não há parteiras em número suficiente para prestarem este serviço, e acrescentar duas ou três consultas em casa pode ficar caro e problemático, dadas as actuais limitações de recursos humanos. Deve também pensar-se na hipótese de tempo extra e de despesas de viagens para essas consultas em casa. A assistência aos partos exige um profissional especializado e pode ser essa a prioridade para o tempo que a parteira tem disponível.

3. CPósN a nível familiar e comunitário

Dado que o período pós-natal é frequentemente conotado com isolamento para a mãe e para o bebé, as visitas que o trabalhador comunitário de saúde (TCS) lhes faz constitui uma oportunidade para cuidar da mulher e do bebé e transmitir mensagens de saúde específicas desta ocasião culturalmente sensível.^{22,23} Certas tarefas rotineiras do CPósN podem ser delegadas num quadro menos qualificado sempre que possível e adequado (Caixa III.4.2). Nos países onde os programas dos TCS estão a ser melhorados a nível nacional, acrescentar às responsabilidades e à formação profissional dos TCS o CPósN às mães e aos bebés teria um grande

impacto e conseguir-se-ia com custos relativamente baixos. Os serviços de saúde que servem certas áreas geográficas podem melhorar as ligações entre os trabalhadores formais de saúde e os trabalhadores comunitários de saúde de proximidade e outros trabalhadores e quadros, como os assistentes tradicionais de partos, a fim de se lhes melhorar a base de conhecimentos e de assim se melhorarem os cuidados de saúde que podem prestar às mães e aos bebés no período imediatamente a seguir ao parto. Os TCS encarregados de prestar CPósN devem estar conectados com a unidade de saúde através de serviços de supervisão e de um sistema funcional de referência de utentes. Se um TCS visitar uma mãe e um recém-nascido e verificar que existe uma complicação de saúde, ele ou ela devem transferir o paciente e, se possível, acompanhá-lo até ao centro de saúde. Há diversos estudos realizados na Ásia que relatam as experiências vividas com o CPósN domiciliário.^{24,25} Actualmente há menos experiência em África, embora estejam em curso alguns estudos para testar métodos adaptados de cuidados domiciliários interligados com o sistema de saúde.

CAIXA III.4.2 Os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) terão um papel a desempenhar no CPósN

De acordo com algumas análises recentes, com formação e apoio adequados, os TCS podem:

- Aumentar o número de práticas saudáveis aplicadas ao bebé, como a amamentação exclusiva, a manutenção do calor corporal, (adiando, por exemplo, os banhos e mantendo-o aconchegado em contacto pele-a-pele), e outras práticas higiénicas
- Prestar outros cuidados aos bebés com baixo peso à nascença (BPN)
- Reduzir as mortes dos recém-nascidos por meio de uma identificação precoce e manejo da pneumonia quando não seja possível a referência para uma unidade de saúde²⁶
- Prestar informações e serviços à mãe, especialmente no que se refere ao espaçamento dos partos e ao planeamento familiar; administrar vitamina A às mães
- Identificar os sinais de perigo, tanto das mães como dos bebés e apoiar a referência destes para unidades de saúde onde sejam devidamente tratados em caso de complicações
- Promover a utilização de outros serviços, como o registo do parto e as vacinações

Fonte: Adaptado das referências²⁵⁻²⁹

4. CPósN através de ligação entre os serviços de saúde, os serviços de proximidade e os cuidados comunitários

Em vez de uma estratégia baseada apenas nos serviços de saúde ou nos cuidados de saúde comunitários, talvez seja possível criar um esquema de ligações com uma combinação de competências na equipa. Isto é especialmente verdade nos países ou locais onde o acesso aos serviços de nível básico é bom e as ligações para referência de utentes entre unidades de saúde são funcionais. Por exemplo: a mulher pode dar à luz nos serviços de saúde, ir para casa, ser visitada por um TCS de proximidade no segundo dia, e depois regressar ao serviço de saúde passada uma semana e seis semanas. Pode criar-se uma folha de referência para facilitar estas ligações. Quando existam residências destinadas às grávidas que aguardam a sua admissão na maternidade, as novas mães e os seus filhos poderão talvez lá permanecer também, durante três dias, para garantir que tudo corra bem, antes de percorrerem em viagem as longas distâncias até suas casas. Aquelas ligações, contudo, continuam a ser o ponto mais fraco de muitos programas de cuidados de saúde materna e neonatal.³⁰ Um programa que treinou TCS a emitirem mensagens fundamentais teve êxito relativamente à melhoria dos comportamentos saudáveis em casa e ao aumento do Controlo Pós-Natal entre as mulheres em idade fértil das aldeias numa área remota do Uganda.³¹

Como alcançar certos grupos específicos para outros CPósN

Quer os partos ocorram num serviço de saúde ou em casa, os profissionais de saúde devem saber identificar os factores de risco específicos nas mulheres e nos recém-nascidos (BPN, partos prematuros, problemas de nutrição, doenças e história de trabalho de parto prolongado e difícil, e mãe seropositiva) e acompanhar o assunto. São necessários cuidados extra especificamente no caso dos bebés com BPN e no dos bebés prematuros. Quando o parto ocorre num serviço de saúde e se identificaram factores de risco específicos, a mãe e o bebé podem ser mantidos nos serviços durante mais tempo para permitir apoio suplementar à alimentação, ao calor corporal, e cuidados especiais para as complicações. Se estiver indicado, podem ensinar-se à mãe as práticas de MMC. Se o parto ocorreu em casa e o TCS ou o trabalhador de uma extensão de saúde estiverem a ser utilizados para consultas de CPósN de rotina, deve ponderar-se a possibilidade de os bebés com BPN, e outros, necessitarem de consultas adicionais e de cuidados especiais, como é o caso dos bebés das mães seropositivas. Para os programas de PTV, o período pós-natal prevê a possibilidade de apoio adicional, especialmente a alimentação alternativa.³² A integração da PTV com os serviços de SMNI deve melhorar as ligações neste período crucial de transferência da responsabilidade dos cuidados para se melhorarem os cuidados continuados de saúde.

Dificuldades

Há uma lacuna importante nos cuidados continuados de saúde devido à pouca cobertura dos CPósN. Poucas investigações disponíveis existem para identificar as metodologias óptimas de fixação de momentos adequados para prestação dos serviços e, em qualquer caso, estes podem ser específicos para cada situação. Os problemas podem ser encarados em termos de procura e de oferta dos serviços.

Como aumentar a procura de Controlo Pós-Natal

Há muitas demoras na procura de cuidados de saúde, especialmente durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. (Secção III capítulo 3). As demoras na procura de cuidados de saúde no período pós-natal ocorrem muitas vezes devido a limitações que

mantêm as mães e os bebés em casa. Outro importante obstáculo é a falta de informações. As mulheres podem não procurar os cuidados de saúde porque não reconhecem as complicações ou porque não sabem que há serviços à sua disposição.⁷ Se existirem cuidados de saúde disponíveis, elas podem não se aperceber de quaisquer vantagens em se dirigirem aos serviços, embora possam sentir-se satisfeitas com informações acerca de como tratar o seu novo bebé, de como o amamentar, de como fazer o planeamento familiar, seja antes de engravidar, seja durante a gravidez.³³ As mulheres sentem o parto como um acontecimento importante, mas agora podem encarar o período pós-natal com menos preocupações.

O envolvimento da comunidade é fundamental para encurtar as demoras na procura de cuidados de saúde após o parto porque os membros da família podem influenciar significativamente os comportamentos. Em muitas áreas onde os maridos trabalham longe de casa, as mulheres podem aguardar que ele regresse para as autorizarem a pagar a consulta. Além disso, muitas sociedades da África Sub-Sahariana reconhecem que as avós desempenham um papel muito influente no apoio às jovens (às suas filhas e noras) durante a gravidez, o parto, e durante a fase de cuidados a prestar ao recém-nascido. (Caixa III.4.3). Por vezes, as práticas prejudiciais são apoiadas pelas avós, mas dado o papel muito variado que elas desempenham, as suas influências e o seu empenho intrínseco em promover o bem-estar das mulheres e das crianças, elas devem ser encaradas como intervenientes fundamentais na prestação de CPósN. A influência de outras entidades importantes na comunidade, como os líderes locais, os assistentes tradicionais aos partos, os TCS e os grupos de apoio, e o seu potencial para canalizarem as informações e para condicionarem os comportamentos proporciona possibilidades, mas também apresenta dificuldades.

Como melhorar a oferta de CPósN

Muitos países têm algum tipo de política pós-natal (mesmo que ela apenas exista como um *check-up* às seis semanas), mas em geral, a nível nacional, há falta de directrizes, de normas, de protocolos e, o que é mais importante, de recursos humanos para o manejo da mãe e do bebé no início do período pós-natal.³⁴ Além disso, há muitas vezes uma coordenação insuficiente entre os diversos fornecedores de serviços, ligações débeis entre os programas, e utilização inadequada das informações. Em muitos países, a menos que ela decida procurar planeamento familiar, uma mulher pode nunca ser submetida a um *check-up* até voltar a estar grávida. A maioria dos países não possui um registo pós-natal de eventos, e por isso, mesmo que uma enfermeira faça um *check-up* às novas mães, não pode registar os seus esforços. Para resolver este problema, o Ministério da Saúde do Quênia concebeu recentemente um registo para três consultas pós-natal: uma consulta dentro de 48 horas, a seguinte no espaço de uma a duas semanas, e a terceira por volta das seis semanas.

A qualidade dos cuidados de saúde por altura do parto irá influenciar os cuidados prestados ao recém-nascido durante o período pós-natal. Onde falem cuidados especializados, há muito poucos profissionais de saúde treinados na área dos cuidados essenciais aos recém-nascidos ou na dos cuidados aos recém-nascidos doentes e muito poucos cursos para que as enfermeiras e as parteiras alarguem os seus conhecimentos e competências.³⁴ Onde haja assistência especializada, os profissionais estão muitas vezes muito ocupados para pensarem em prestar informações sobre a importância de um *check-up* pós-natal às novas mães e aos seus bebés.³⁵ O período que se segue imediatamente ao parto é frequentemente um tempo de incertezas para os planeadores

de programas, que perguntam se o CPósN é da responsabilidade de quem trata da mãe através de um programa de maternidade segura ou se o é dos que tratam do recém-nascido através de um programa de sobrevivência infantil. É raro que haja uma transferência de responsabilidades sistemática entre os que tratam da mãe e os que tratam do bebé e da criança; assim, o que se passa é que há uma desconexão nos cuidados continuados de saúde.

Em diversos níveis dos serviços identificou-se também uma limitada capacidade de gestão da saúde e de referenciação de pacientes para outras unidades de saúde, assim como falhas de comunicação.³⁶ Um estudo realizado na Tanzânia sugere que as parteiras precisam de mais apoio para prestarem CPósN. Os factores que podem afectar as funções de CPósN dos profissionais de saúde incluem o fosso que existe entre a teoria que aprendem nas escolas e a prática, a consciência que têm da política e o envolvimento no processo de tomada de decisões. Além disso, também se referem no estudo à falta de confiança quanto ao manejo e referenciação de mulheres com complicações, e as limitações quanto à capacidade de trabalharem sob *stress*.³⁵

Existem soluções inovadoras noutras regiões onde os pacotes de CPósN foram adaptados e a África deve aproveitar essas experiências para avançar. Um projecto no Nepal teve como objectivo melhorar o acesso das mães e dos recém-nascidos aos CPósN básicos e aceitáveis através de uma rede de TCS que prestem cuidados ao domicílio. Os resultados revelaram que é possível que voluntários treinados prestem em casa CPósN eficazes e com qualidade e cobertura razoáveis. Este projecto também revelou a existência de taxas elevadas de identificação de problemas de saúde e de referenciação de mães e de bebés recém-nascidos, embora estes resultados devam ser interpretados com cautela dada a reduzida dimensão da amostra de mães e de recém-nascidos com problemas de saúde incluídos no projecto.³⁷

Medidas práticas

Há algumas medidas práticas que os governos e os parceiros podem tomar para melhorar os serviços de CPósN. Essas medidas incluem a criação de um pacote de CPósN baseado em evidências, o estabelecimento e o reforço das ligações entre a comunidade e o serviço de saúde, e o melhoramento das informações disponíveis para orientar o processo de tomada de decisões quanto aos programas.

1. Criar um pacote de CPósN baseados em evidências

Normalizar os momentos e a frequência dos cuidados de saúde. Os momentos, a frequência e o conteúdo exacto das consultas de CPósN requerem mais testes e mais harmonizações. Muitos países de África adoptaram total ou parcialmente o modelo de cuidados de saúde de 1998 da Organização Mundial de Saúde (OMS), que sugere consultas pós-natal seis horas após o parto, três a seis dias depois e seis semanas e seis meses depois (6-6-6-6).¹⁰ Contudo, o período de tempo mais importante para os bebés são as primeiras 24 horas de vida, que é quando ocorre a maior parte das mortes maternas e dos recém-nascidos (Caixa III.4.1). Se possível, o contacto seguinte deverá ocorrer no segundo ou no terceiro dia de vida, e se os recursos o permitirem, deverá incluir-se uma terceira consulta durante a primeira semana. A consulta de rotina durante a sexta semana é importante para a vacinação do bebé e para o aconselhamento da família sobre o planeamento familiar. Os países podem precisar de apoios para adaptarem o pacote do seu CPósN com base nas políticas existentes, incluindo isso quem pode exercer os CPósN e onde podem eles ser exercidos.

CAIXA III.4.3 A sabedoria das avós acerca dos cuidados a prestar aos recém-nascidos

No Mali, um programa contratou avós para instruírem as comunidades acerca de como fazerem mudanças pequenas e simples para proteger a saúde das mães e dos bebés. As avós conversaram acerca da melhor alimentação, de como prevenir e tratar as infecções, de como manter os bebés aquecidos e secos, e da amamentação precoce. O resultado foi haver menos mortes de recém-nascidos e uma diminuição das práticas prejudiciais, como o excesso de trabalho a que as grávidas se sujeitavam, o dar banho aos bebés passadas apenas seis horas do parto, a aplicação de manteiga de cacau no cordão umbilical do bebé, e dar café aos recém-nascidos. Os maridos ficaram mais receptivos a pagarem serviços médicos e suplementação alimentar durante a gravidez, e até passaram a acompanhar as mulheres às consultas dos serviços de saúde.

Segundo disse uma mãe: “o muro de vergonha entre a sogra e a nora vai-se esbatendo gradualmente; o marido dá dinheiro porque a autorização foi dada pelo seu pai que, por sua vez, foi influenciado pela sua mulher.”

Fonte: Adaptado da referência³⁸

Instituir equipas dirigentes a vários níveis para analisar, adaptar, integrar e implementar um pacote de CPósN. Com base nas situações vividas em cada país, os funcionários de alto nível dos governos, os doadores, e outros intervenientes podem colaborar para promover o CPósN destinado às mães e aos recém-nascidos. É importante que os Ministérios da Saúde coordenem, integrem e reforcem a componente dos CPósN nos programas existentes, como o da AIDI e o da sobrevivência das crianças, nas iniciativas de maternidade segura, nos cuidados obstétricos de emergência e no desenvolvimento precoce da infância.

As equipas dirigentes deverão avaliar os currícula dos cursos obtidos antes da entrada em serviço e os da formação contínua





em serviço, de todos os quadros dos serviços de saúde, de modo a que esses currículos incluam o CPósN essencial.²¹ Além disso, deverão adaptar, divulgar, institucionalizar e implementar políticas de CPósN baseadas em evidências.³⁹ Já existem directrizes, materiais para formação, auxiliares de tarefas e registos pós-natal, tanto para a mãe como para o recém-nascido, mas ainda não estão articulados para constituírem um pacote integrado que possa ser implementado sistematicamente na região. Nos locais onde o CPN tenha sido introduzido com êxito, a cobertura pode ser alargada progressivamente ao longo dos cuidados continuados de saúde para fornecer um pacote focalizado de CPósN. Também se podem criar mensagens fundamentais para o CPósN de modo a que haja convergência com outras mensagens dos serviços de SMNI. Depois da implementação, os Ministérios da Saúde e as partes interessadas deverão pensar em rever as operações relacionadas com os programas, como os aprovisionamentos de materiais e produtos, e as questões logísticas, assim como as lições entretanto aprendidas.

2. Integrar programas: criar e melhorar as ligações entre a comunidade e os serviços

Interligar os serviços de SMNI com todos os outros níveis de prestação de serviços. Para funcionar bem, o CPósN requer que a assistência à mãe e ao bebé seja coordenada onde quer que os serviços sejam prestados (nas instalações dos serviços de saúde, na comunidade e em casa dos utentes) e também boas ligações para as referências, tanto da mãe como do bebé, para outras unidades de saúde. Em muitos casos, é o mesmo profissional de saúde que presta assistência à mãe e ao bebé. Porém, os protocolos e as normas para se combinarem os cuidados de saúde prestados à mãe e ao recém-nascido ainda não chegaram aos serviços de saúde periféricos, ou então há um assistente de saúde infantil que avalia o recém-nascido, mas não teve formação profissional para isso. É portanto imperativo dar a conhecer as directrizes de nível nacional a quem presta os serviços, isto é, aos trabalhadores dos serviços de saúde.

Atribuir poderes e competências à família e aos membros da comunidade. Utilizar programas de planeamento de partos e o CPósN para informar as mães, a família e os membros da comunidade sobre as boas práticas de cuidados maternos e neonatais em casa. Materiais simples de comunicação e de aconselhamento podem afastar as famílias das práticas culturais tradicionais e orientá-las para os cuidados de saúde essenciais baseados em evidências e destinados aos recém-nascidos, incluindo o reconhecimento rápido dos sinais de perigo e a referência da mãe e do recém-nascido para unidades de saúde adequadas. Quando se sugere uma alteração dos comportamentos é importante que essa alteração seja negociada e assegurar que os líderes comunitários sejam incluídos no processo.

Providenciar para que haja monitorização, gestão e responsabilidade. Relativamente a diversos programas baseados na comunidade, a monitorização e a garantia de qualidade são os pontos mais fracos e frágeis. Os gestores de programas, assim como os trabalhadores das unidades de saúde de proximidade e dos outros serviços de saúde devem ser apoiados na monitorização de rotina dos TCS e dos voluntários. A fim de manter os TCS motivados e torná-los responsáveis pelos serviços que prestam, a sua remuneração deve basear-se no modo como desempenhem as suas tarefas.

Ponderar a possibilidade de utilização de residências temporárias.

As residências temporárias para a maternidade, ligadas aos serviços de saúde, com serviços de cuidados obstétricos de emergência, podem ajudar a reduzir o número de mortes de mães e de bebés, especialmente no que se refere às que vivem longe dos serviços e que têm factores de risco conhecidos, como uma morte neonatal que já anteriormente tenha ocorrido. A mãe e o bebé podem permanecer nessas residências durante três ou quatro dias para se garantir que estejam de boa saúde ao regressarem a casa.

Preencher as lacunas existentes entre o CPósN e o planeamento familiar. Os programas de planeamento familiar deverão aumentar a sua abrangência geográfica e levar os trabalhadores comunitários a coordenar esforços com os profissionais das unidades de saúde (e vice versa). Os programas devem reconhecer e dar resposta à imobilidade física e social da mãe no período pós-natal, assim como à receptividade das mães e dos seus maridos, das avós e de outros membros influentes da família para que aconselhem e prestem apoio. As estratégias de aconselhamento devem ser reorientadas de modo a incluir todos os aspectos dos cuidados aos recém-nascidos.⁴⁰ (Secção III capítulo 1).

Criar e dar apoio às parcerias chave. IUtilizar formas criativas para reconhecer e apoiar as parcerias novas e as já existentes entre o governo, os doadores, as organizações não governamentais, os grupos de mulheres, os trabalhadores de saúde tradicionais e as organizações religiosas locais. Ponderar a possibilidade de:

- Cativar o apoio e a cooperação de entidades religiosas que muitas vezes são figuras proeminentes na área da saúde comunitária.
- Reconhecer a influência das assistentes tradicionais de partos e de outros promotores da saúde e convidá-los para se juntarem à “equipa comunitária de saúde” a fim de instruírem os pais e os avós sobre as práticas positivas.
- Alargar a investigação sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos, e negociar mudanças de práticas prejudiciais, encorajando em contrapartida as que são benéficas.

3. Melhorar as informações disponíveis para orientar a tomada de decisões relativas aos programas

Melhorar a monitorização do CPósN. Há falta de dados sobre a cobertura do CPósN. Terão de se criar indicadores padrão de monitorização para promover o CPósN como programa importante dos serviços de SMNI e para avaliar comparações entre países.⁴¹ Os sistemas regulares de informação sobre os sistemas de saúde deverão incluir também indicadores relativos ao CPósN. (Caixa III.4.4). Os futuros IDS, por exemplo, e os Inquéritos por cacho de Indicadores Múltiplos (MICS) devem perguntar às mulheres que deram à luz recentemente o que pensam da qualidade e da utilização dos CPósN que receberam, incluindo perguntas sobre quando, onde e quem lhes prestou assistência. Neste momento estão a ser alvo de análise indicadores compostos para os cuidados essenciais aos

recém-nascidos, como a percentagem de recém-nascidos limpos e secos após o parto, amamentados dentro da primeira hora e mantidos aconchegados junto à pele da mãe ou de quem lhes preste cuidados.

Realizar investigação operacional relevante. Ainda há muitas questões por responder acerca de quem, de onde e de como prestar CPósN, especialmente em relação às populações pobres e mal servidas, e sobre como prestar CPósN em diversos locais, mantendo as ligações com o sistema de saúde. A maior parte dos estudos feitos até ao presente decorreram na Ásia e há poucas informações acerca da programação do CPósN em África. Algumas destas lacunas de informação incluem:

- Quem pode prestar cuidados de saúde nos diversos locais? Como podem os programas localizar as mulheres grávidas e as novas mães que não têm acesso aos cuidados pré-natais e/ou à assistência ao parto? Quem pode intervir junto da mãe e do bebé, e em que pode consistir essa intervenção?
- Onde se prestam os melhores cuidados? Onde desejam as mulheres e as famílias receber CPósN? Em casa ou nos serviços de saúde? A assistência pode ser prestada nos serviços e em casa e ficar interligada? Como se podem melhorar os sistemas de referência dos utentes?
- Com que frequência se devem prestar os serviços de CPósN de rotina e os outros cuidados adicionais aos bebés de pequeno tamanho? De que forma podem os serviços de CPósN ser melhor integrados com a PTV e com outros programas?
- Qual é o impacto e o custo dos diversos modelos de prestação de CPósN?

Conclusão

Muitas mulheres africanas e os seus recém-nascidos não têm acesso aos cuidados de saúde na fase inicial do período pós-natal, o que as coloca numa situação de risco acrescido de doença e morte. Em África morreriam anualmente menos 310 000 recém-nascidos e muitas vidas maternas seriam salvas se a cobertura do CPósN alcançasse 90 por cento das mulheres e dos bebés.⁹ Porém, os programas de CPósN estão entre os mais inoperacionais de todos os programas de saúde reprodutiva e de saúde infantil da região. Fazer progredir os programas e as políticas de CPósN é fundamental, como também o é a implementação e a avaliação da viabilidade, da sustentabilidade e da eficácia em termos de custo/benefício do que já neste momento estamos a fazer. Há uma enorme possibilidade de adaptar o CPósN a uma diversidade de locais para abranger as mulheres e os seus recém-nascidos, especialmente os 18 milhões de mulheres africanas que dão à luz em casa.

CAIXA III.4.4 Indicadores fundamentais para o Controlo Pós-Natal (CPósN)

- Mãe/recém-nascido recebem CPósN e consultas subsequentes dentro do espaço de três dias* após o parto
- Local onde a assistência é prestada e espécie de assistente
- Iniciação atempada da amamentação, dentro da primeira hora após o parto*
- Os recém-nascidos doentes são levados aos serviços de saúde para tratamento
- Serviços de saúde com profissionais especializados, treinados e competentes em cuidados essenciais aos recém-nascidos e em manejo das complicações maternas e neonatais
- Taxa de casos fatais de complicações dos recém-nascidos (se possível, por causa)

* Indicadores de recém-nascidos incluídos na lista de indicadores de sobrevivência de crianças da publicação "Countdown to 2015".⁴² Vide a lista completa na Secção IV.



Medidas prioritárias para melhorar o Controle Pós-Natal

Criar e implementar um pacote de CPósN baseado em evidências

- Conseguir um acordo global sobre o momento, a frequência e o conteúdo da assistência
- Criar ou revitalizar um grupo de trabalho nacional para desenvolver e tornar operacional um pacote de CPósN nacional, que fique interligado com o Roteiro nacional
 - Adaptar protocolos programáticos e mensagens chave para serem utilizadas no CPósN
 - Formar ou reciclar os trabalhadores da saúde
 - Resolver questões de aprovisionamentos e de logística

Melhorar o programa

- Preencher lacunas fundamentais existentes na implementação, aos níveis familiar e da comunidade, dos serviços de proximidade e dos centros de saúde, quanto ao planeamento familiar, ao CPN, aos partos e ao CPósN

Melhorar o nível das informações disponíveis para orientar o processo de tomada de decisões sobre os programas

- Melhorar e normalizar os indicadores de monitorização dos CPósN
- Realizar investigação operacional relevante

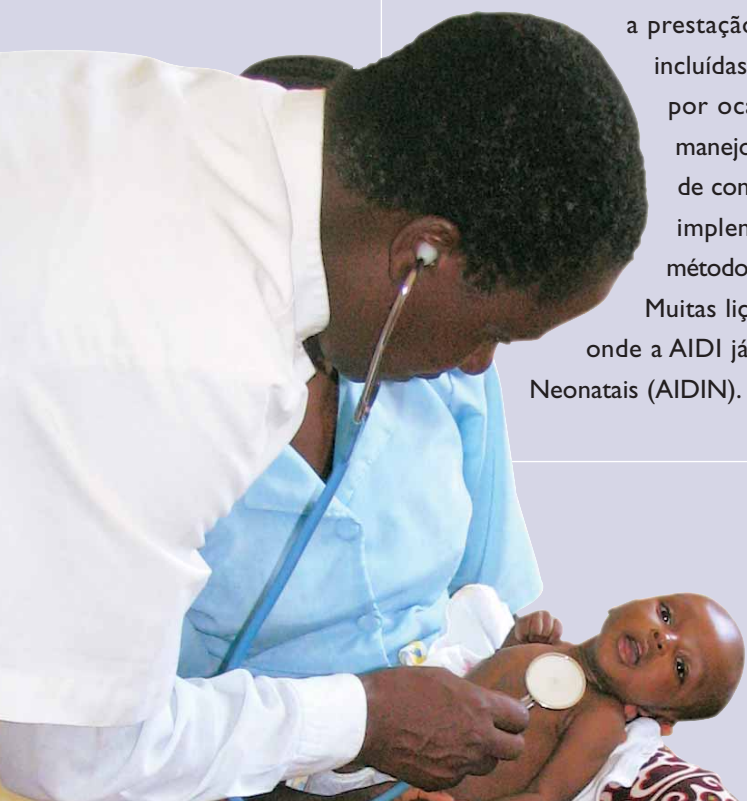


Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

Tigest Ketsela, Phanuel Habimana, Jose Martinez, Andrew Mbewe, Abimbola Williams, Jesca Nsungwa Sabiti, Aboubacry Thiam, Indira Narayanan, Rajiv Bahl

Todos os anos morrem cerca de 11 milhões de crianças antes de atingirem o primeiro aniversário. Em resposta a este desafio, a OMS e a UNICEF criaram no início dos anos 90 a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), uma estratégia concebida para reduzir a mortalidade e a morbilidade infantil nos países em desenvolvimento. O método centra-se nas principais causas de morte das crianças e procura melhorar as competências de manejo de casos dos profissionais de saúde, melhorar os sistemas de saúde e resolver a questão das práticas familiares e comunitárias. Porém, os módulos originais da AIDI não incluíam os cuidados de saúde aos recém-nascidos doentes durante a primeira semana de vida, que é a ocasião em que ocorre a morte de uma em cada três crianças, e também não realçavam a importância dos cuidados de saúde prestados em casa aos recém-nascidos.

A AIDI converteu-se numa estratégia fundamental para a sobrevivência das crianças em quase todos os países da região africana e criou uma oportunidade única de melhorar as intervenções de saúde nos recém-nascidos que recorrem à AIDI como veículo para atingir esse objectivo. Incorporar regras de resolução de problemas na AIDI e reforçar as componentes da estratégia relacionadas com o sistema de saúde e com a comunidade terá um impacto directo na saúde dos recém-nascidos. Algum deste trabalho já se iniciou porque as directrizes gerais da AIDI e os materiais de formação foram revistos para incluírem a primeira semana de vida. Muitos países africanos estão a pensar em adaptar a AIDI para que inclua os aspectos em falta dos cuidados a prestar aos recém-nascidos. Permanecem contudo algumas questões acerca da adopção da AIDI em África. Por exemplo: as consultas de rotina, em casa, para a prestação de cuidados de saúde na primeira semana de vida devem ser incluídas na estratégia da AIDI? A AIDI deve incluir os cuidados de saúde por ocasião do parto? A formação em AIDI deverá iniciar-se com o manejo das crianças com idade compreendida entre 0 e 2 meses, em vez de com o das crianças mais velhas? Que problemas se levantam ao tentar implementar a AIDI de modo eficaz? Como se poderão combinar os métodos complementares baseados nos serviços de saúde e na comunidade? Muitas lições se poderão aprender dos países, especialmente os asiáticos, onde a AIDI já foi convertida em Atenção Integrada às Doenças da Infância e Neonatais (AIDIN).



O problema

A saúde das crianças está estreitamente relacionada com a saúde e os cuidados prestados às suas mães. Enquanto o recém-nascido cresce, as práticas saudáveis em casa e a assistência sanitária às doenças são fundamentais para salvar vidas. A falta de assistência à saúde, ou uma assistência de má qualidade, têm efeitos nos recém-nascidos e nas crianças:

Efeitos nos recém-nascidos: Todos os anos morrem em África 1,16 milhões de bebés africanos no primeiro mês de vida e a causa principal são as infecções. A maioria dos cerca de 325 000 bebés que morrem de septicémia neonatal e de pneumonia poderia ser salva com simples práticas preventivas como uma pele limpa e cuidados prestados ao cordão umbilical, com amamentação e com calor corporal, e com melhor manejo dos que estão doentes, especialmente utilizando antibióticos.¹ A maior parte das mortes de recém-nascidos ocorre entre bebés com baixo peso à nascença (BPN), ou entre bebés com peso à nascença inferior a 2 500 gramas. Cuidados simples prestados aos bebés de pequena dimensão e o tratamento precoce das complicações salvariam muitas vidas de recém-nascidos. Contudo, nem as práticas de cuidados domésticos, nem os cuidados prestados aos bebés de pequena dimensão, ou até o tratamento das infecções dos recém-nascidos têm sido sistematicamente reconhecidos nos programas de saúde da infância, inclusive na Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI).

Efeitos nas crianças: A falta de promoção da saúde e dos respectivos serviços orientados para os bebés tem também um impacto sobre as crianças mais velhas. As doenças graves durante o primeiro mês de vida podem resultar em incapacidades de longo prazo e em maus desempenhos escolares, mas há poucos dados concretos disponíveis sobre estas graves doenças dos recém-nascidos e sobre os seus efeitos de longo prazo. As primeiras semanas de vida são fundamentais para definir comportamentos saudáveis como a amamentação. Em África só um terço dos bebés com menos de 6 meses são amamentados em regime de exclusividade.²

O pacote de AIDI

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) é essencial para se conseguir a sobrevivência e o desenvolvimento das crianças, um princípio fundamental da Convenção dos Direitos das Crianças. A estratégia tem como base os direitos humanos que garantem a assistência médica a todas as crianças, onde quer que vivam, e é concretizada através do preenchimento de falhas nas áreas do conhecimento, das competências e das práticas comunitárias relativas à saúde das crianças, ao reconhecimento das doenças, ao manejo doméstico das crianças doentes, e aos comportamentos adequados de procura de cuidados de saúde. A estratégia de AIDI inclui três componentes importantes:

1. Atenção integrada às crianças doentes nos serviços e centros de saúde
2. Melhoria do sistema de saúde, especialmente na área dos medicamentos e do apoio logístico
3. AIDI comunitária ou promoção de práticas familiares e comunitárias fundamentais

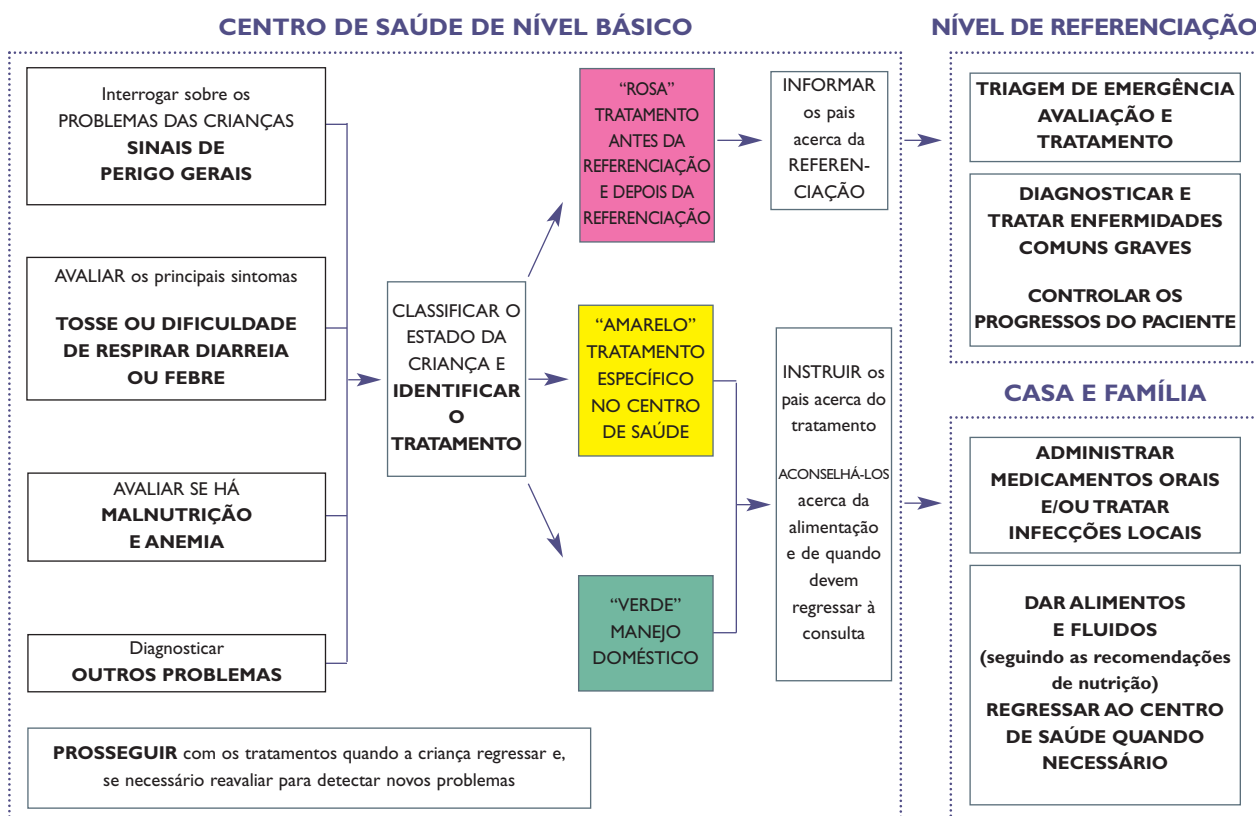
As três componentes da estratégia de AIDI são mais eficazes quando são implementadas simultaneamente. Por exemplo: a formação em AIDI para melhorar as competências dos profissionais de saúde para uma melhor gestão de casos nos serviços de saúde, acompanhada de esforços para a melhoria dos sistemas de saúde, como a melhoria dos aprovisionamentos de medicamentos essenciais, teve como resultado uma diminuição de 13 por cento da mortalidade das crianças com menos de cinco anos de idade, na Tanzânia³, no espaço de dois anos. No Bangladesh, a assistência em casa à doença e a procura atempada de cuidados de saúde

melhoraram através da AIDI comunitária e a formação em AIDI aumentou a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Esta combinação de abordagens da comunidade e dos serviços de saúde teve como resultado aumentos substanciais da utilização dos serviços.⁴ A Figura III.5.1 ilustra o efeito das intervenções das três componentes da AIDI⁵ sobre a sobrevivência.



Fonte: Referências^{5,6} Reproduzido com autorização da OMS

Figure III.5.2 Manejo de casos no âmbito da AIDI num centro de saúde de nível básico, a nível de referênciação de utentes e a nível doméstico



Fonte: Adaptado das referências^{5,6}

As funções de AIDI executam-se melhor quando as famílias e as comunidades estão ligadas com o centro de saúde de nível básico que, por sua vez, está bem articulado com o nível da unidade de referênciação. (Figura III.5.2) Este princípio é o mesmo que foi exposto na Secção II relativo à importância de um serviço continuado de saúde em todos os níveis dos serviços.

A AIDI combina a prevenção e os tratamentos, centrando-se na criança e não apenas nas doenças em si. Os tipos de intervenções actualmente incluídas na estratégia de AIDI constam do Quadro III.5.1.

Quadro III.5.1 Tipos de intervenções actualmente incluídas na estratégia de AIDI

NÍVEL	TIPOS DE INTERVENÇÃO	
	Prevenção de doenças e promoção do crescimento	Réponse aux maladies (soins curatifs)
Casa e comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Promoção em casa e na comunidade das práticas de nutrição adequadas, aconselhamento para a amamentação e para a nutrição complementares Utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticida Práticas adequadas de controlo de infecções 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento rápido e manejo doméstico das doenças Procura adequada de cuidados de saúde Adesão aos tratamentos recomendados
Serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Vacinações Suplementação com micronutrientes Aconselhamento quanto à amamentação e à nutrição complementar adequada, por profissional de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de casos de infecção respiratória aguda, de diarreia, de sarampo, de malária, de subnutrição e de outras infecções graves Aconselhamento sobre problemas da nutrição Ferro para o tratamento da anemia Tratamento anti-helmítico

A AIDI está actualmente a ser implementada em mais de 100 países do mundo. Em Junho de 2006, 44 de entre 46 países da África Sub-Sahariana encontram-se em diversas fases da implementação da AIDI, com 27 deles a expandir-se já para lá de alguns distritos inicialmente implantados. Catorze destes 27 países estão a executar a estratégia em mais do que 50 por cento dos seus distritos (Figura III.5.3).

Fase inicial de implementação

Fase de Expansão

AIDI em mais de 50% dos distritos

Possibilidades de a AIDI melhorar a assistência aos recém-nascidos

sinais clínicos simples de doenças neste período.^{12,13} Quando as regras foram originalmente criadas, considerou-se que os cuidados de saúde prestados na altura do parto e na primeira semana deveriam ser aplicados principalmente através de programas de cuidados maternos, embora na realidade a assistência aos recém-nascidos se insira no espaço que se situa entre os programas de cuidados de saúde maternos e os de cuidados de saúde às crianças.¹⁴

Além disso, na implementação da AIDI, colocou-se a ênfase na prestação de intervenções através do sistema formal de saúde. Contudo, muitas das medidas mais simples e iniciais para salvar as vidas dos recém-nascidos requerem abordagens que se baseiam apenas na comunidade. As práticas fundamentais das famílias e da comunidade identificadas originalmente na estratégia da AIDI não se centravam nas práticas dos cuidados aos recém-nascidos, como a iniciação precoce da amamentação e os cuidados térmicos.

Melhorar as intervenções aos recém-nascidos em cada componente da AIDI contribuiria para salvar muitas vidas de recém-nascidos, e beneficiaria igualmente a própria AIDI através de uma maior integração das três componentes da estratégia. Deste modo, os programas de AIDI podem melhorar os cuidados continuados de saúde ao promoverem actividades que melhorem as práticas dos cuidados de saúde neonatais na família e ao prestarem apoio a recém-nascidos vulneráveis. Isto aplica-se em especial à prestação de cuidados de saúde aos bebés com baixo peso à nascença (BPN), à identificação de recém-nascidos com sinais de doença grave, à facilitação atempada da referenciação dos pacientes para outras unidades, e à melhoria da qualidade da assistência às doenças dos recém-nascidos nos serviços de cuidados de saúde básicos e nos serviços para onde os pacientes são referenciados. O seguimento dos bebés com problemas identificados devido a uma enfermidade materna como a sífilis ou as infecções pelo VIH tornar-se-ia também uma prioridade dos profissionais de saúde infantil em consequência de melhorias introduzidas no processo de referenciação entre serviços de saúde materna e serviços de saúde à infância.

A primeira e mais eficazmente implementada componente da AIDI foi a atenção integrada às crianças doentes, internadas nos serviços. O princípio fundamental consiste em melhorar a capacidade dos profissionais de saúde para classificar as crianças doentes, utilizando regras simplificadas para identificar doenças muito graves que requerem referência, e outras enfermidades mais simples que podem ser tratadas ao nível dos serviços básicos. A versão genérica original da AIDI incluía regras de manejo de casos de crianças com uma semana a dois meses de idade. A formação centrava-se na identificação e no manejo de infecções locais graves, de diarreias, de bebés com baixo peso à nascença (BPN) e de problemas de alimentação das crianças.

- Regras baseadas em evidências para a identificação e manejo de doenças na primeira semana de vida (doença muito grave como a asfixia, as complicações de parto prematuro e as infecções graves, as infecções locais e a icterícia).^{12,13}

- Mais orientações sobre os cuidados térmicos a aplicar aos bebés com baixo peso à nascença (BPN), incluindo o aconchego pele-a-pele.
- Mais orientações sobre a alimentação de crianças com BPN, incluindo a alimentação com leite materno espremido, e utilizando um método alternativo de alimentação como um copo ou uma taça.
- Orientações melhoradas sobre cuidados domésticos durante todo o período pré-natal, incluindo a amamentação precoce e exclusiva, manter o calor corporal da criança, cuidados de higiene ao cordão umbilical e à pele, e procura atempada e adequada de cuidados de saúde em caso de doença.
- Nos locais com elevada prevalência de VIH, prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV).

Os materiais revistos de formação em AIDI fornecem também orientações sobre o que os profissionais de saúde podem fazer quando um bebé necessita de ser transferido para outra unidade de saúde, mas se verifica que isso não é possível. Deve notar-se que as orientações revistas de manejo de casos não incluem a assistência aos recém-nascidos na ocasião do parto ou da reanimação neonatal. Há contudo orientações disponíveis e módulos de formação que podem ser adaptados para este efeito, e os profissionais que prestem assistência aos partos devem consultá-las para desenvolver ou melhorar as suas competências. (Para mais informações, vide Secção III.3)

AIDI comunitária - Possibilidades de aproximar às famílias a assistência à saúde dos recém-nascidos

A melhoria das práticas familiares e comunitárias através da AIDI-C foi oficialmente reconhecida como componente essencial da estratégia da AIDI na primeira reunião para Revisão Global da AIDI que ocorreu em 1997 (IMCI Global Review and Consultation Meeting). Nesta reunião, os participantes reconheceram que só a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde não conseguiria atingir a almejada diminuição da morbilidade e da mortalidade infantil porque muitas auxiliares de assistência à saúde ao domicílio não levam aos serviços de saúde para tratamento as crianças doentes.

Diminuir a mortalidade infantil exige que haja uma parceria entre os profissionais de saúde e as famílias, com apoio das comunidades. Os profissionais de saúde deverão interligar-se com as famílias e as comunidades para assegurarem que as famílias são capazes de prestar cuidados de saúde adequados em casa para apoiarem o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das suas crianças. As famílias devem saber responder adequadamente quando os seus filhos estão doentes, reconhecer os problemas ou os sinais de doença nas suas fases iniciais, procurar assistência adequada e atempada quando as crianças necessitem de cuidados adicionais, e depois aplicarem os tratamentos recomendados.

A AIDI-C tem por objectivo alcançar as famílias e as comunidades onde elas vivam e constitui um meio de agir sobre crianças marginalizadas e difíceis de alcançar. Além disso promove e

Quadro III.5.2 Práticas familiares e comunitárias fundamentais

Promoção do crescimento e do desenvolvimento

- Amamentação exclusiva durante 6 meses
- Introduzir alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar a amamentar até aos 24 meses
- Administrar micronutrientes adequados através de dieta e de suplementação alimentar
- Promover o desenvolvimento mental e psicossocial

Procura de cuidados de saúde e respeito pelos tratamentos prescritos

- Levar a criança aos serviços de saúde para completar todo o procedimento de vacinações antes do primeiro aniversário
- Reconhecer quando a criança necessita de tratamento fora de casa e levá-la a um profissional de saúde
- Seguir os conselhos do profissional de saúde quanto ao tratamento, ao seguimento e à referência para outra unidade de saúde
- Assegurar que todas as mulheres grávidas beneficiem de cuidados de saúde pré-parto adequados e de vacinação com toxóide tetânico durante a gravidez
- Incentivar a participação activa dos homens nos cuidados de saúde às crianças e nas actividades de saúde reprodutiva

Manejo doméstico

- Continuar a amamentar e a dar mais alimentos e fluidos quando a criança estiver doente
- Prestar à criança tratamentos domésticos adequados à doença
- Tomar as medidas adequadas para prevenir e manejar as lesões e os acidentes da criança

Prevenção da doença

- Proceder a um adequado vazamento das fezes, lavar as mãos após a defecação, antes de preparar as refeições e antes de alimentar a criança
- Assegurar que a criança durma sob redes mosquiteiras tratadas com insecticida
- Assegurar a prevenção e os cuidados a pessoas infectadas e afectadas com VIH/SIDA
- Impedir a violência contra as crianças, bem como as negligências no seu tratamento, e tomar as medidas adequadas quando isso ocorra

possibilita a participação dos pais, das auxiliares de assistência familiar e das comunidades no seu desenvolvimento e em ações que se irão traduzir na sobrevivência e no desenvolvimento das crianças. Há 16 práticas familiares e comunitárias fundamentais para cuidar das crianças, identificadas para a região africana, conforme se menciona no Quadro III.5.2. Como parte do esforço de adaptação que os países estão a desenvolver, alguns países acrescentaram o registo dos partos.

De entre as práticas comunitárias fundamentais existentes, para promover o bem-estar das crianças mais velhas, algumas também se dirigem à saúde dos recém-nascidos, contando-se entre elas as seguintes:

- Amamentação exclusiva até aos seis meses (tomando em consideração as políticas e recomendações da OMS/UNICEF/UNAIDS sobre o VIH e a alimentação das crianças)^{15,16}
- Reconhecimento rápido de sinais de perigo e procura imediata de assistência médica para tratamento das doenças
- Seguir os conselhos do profissional de saúde acerca do tratamento, do seguimento e da referência para outras unidades de saúde
- Assegurar que os bebés, as crianças com menos de cinco anos de idade e as mulheres grávidas nos países com malária endémica durmam protegidas com uma rede mosquiteira tratada com insecticida
- Promover a participação activa dos homens nos cuidados de saúde às crianças
- Assegurar que todas as mulheres grávidas compareçam às quatro consultas pré-natais recomendadas, que recebam pelo menos duas doses de vacina do toxóide tetânico, e se sujeitem ao tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez

Contudo, devem incluir-se mais práticas que melhorem a saúde e a sobrevivência do recém-nascido. Ao acrescentarem-se as seguintes práticas fundamentais à AIDI-C aumentar-se-ia a eficácia do programa sobre a saúde do recém-nascido:

- Iniciação precoce da amamentação, dentro da primeira hora após o parto
- Manter o recém-nascido aquecido, incluindo o aconchego pele a pele (Vide Caixa III.5.1)
- Cuidados higiénicos no cordão umbilical e na pele

Alargar a cobertura da AIDI-C ao mesmo tempo que se promovem as práticas fundamentais de cuidados de saúde para os recém-nascidos poderá ser difícil, mas pode fazer-se.¹⁷ A AIDI-C foi implementada a nível comunitário utilizando diversas metodologias para a prestação dos serviços e daí resultaram várias práticas bem-sucedidas. Por exemplo: a mobilização social por meio de grupos de mulheres para melhorar os cuidados de saúde às mulheres grávidas e aos recém-nascidos no Nepal conduziu a uma diminuição substancial da mortalidade neonatal, de acordo com um estudo.¹⁸ As consultas domiciliárias de rotina para melhorar o Controlo Pós-Natal (CPósN) também foram repetidas com êxito em diversos contextos programáticos e de investigação¹⁹ (e.g. AIDI-C na Índia, e no programa “Lady Health Workers” no Paquistão).

A gestão comunitária ou domiciliária das doenças é um método especialmente eficaz para diminuir a taxa de mortalidade neonatal em locais onde o acesso aos serviços de saúde é muito reduzido e as referências são difíceis. Uma meta-análise de diversos

estudos revelou que a gestão comunitária da pneumonia nos recém-nascidos foi eficaz para diminuir em 27 por cento todas as causas de mortalidade neonatal (18 - 36 por cento).²⁰ Os estudos também identificaram certas dificuldades para tornar a estratégia operacional. Os trabalhadores comunitários de saúde (TCS), por exemplo, tiveram dificuldades para distinguir a pneumonia da septicémia e da meningite nos recém-nascidos. Noutro estudo realizado em Gadchiroli, na Índia, o manejo domiciliário da septicémia pelos TCS utilizando cotrimoxazol oral e gentamicina intramuscular foi eficaz para diminuir a mortalidade específica da septicémia e a mortalidade global.²¹ Contudo, deve notar-se que este estudo que utilizou antibióticos injectáveis teve lugar num local com quase nenhum acesso aos serviços de saúde, onde foi no entanto possível a formação intensiva dos TCS e onde estes puderam seguir regularmente os doentes. Por consequência, é necessário muito cuidado antes de se implementar o método em grande escala. Actualmente, a OMS não recomenda o tratamento de infecções graves em recém-nascidos pelos TCS.

Manejo das doenças nos hospitais - quais as possibilidades de melhorar os cuidados de saúde e de salvar vidas

Foram publicadas recentemente directrizes para a assistência hospitalar de crianças e de bebés em locais com recursos limitados, como o Livro de Bolso da Assistência Hospitalar às Crianças (Pocket Book of Hospital Care for Children). (Vide os recursos dos programas na página 148). O capítulo sobre os problemas dos recém-nascidos descreve os cuidados a prestar durante o parto, incluindo a reanimação e o tratamento dos recém-nascidos com asfixia, infecções graves e BPN. As directrizes também enumeram as competências necessárias para dar injeções intramusculares, para cateterização intravenosa, para cateterização da veia umbilical e para alimentação nasogástrica e podem ser utilizadas como normas para melhorar a qualidade da assistência hospitalar.

Embora existam directrizes, há poucos esforços concertados nos programas para melhorar a qualidade da assistência às crianças nos hospitais distritais e escolares em África, e ainda menos atenção se presta à melhoria da assistência hospitalar aos recém-nascidos doentes. Em países onde pelo menos metade dos partos ocorrem em hospitais, melhorar a qualidade da assistência aos bebés doentes nas instalações dos serviços de saúde é um dos modos mais eficazes em termos de custo-benefício para reduzir as mortes neonatais.^{1,22,23} A assistência hospitalar eficaz dos recém-nascidos doentes requer que se adaptem as directrizes existentes, que se melhorem as competências dos profissionais de saúde, e que se melhorem as práticas de prevenção das infecções e a logística dos equipamentos e dos medicamentos essenciais.

O manejo com êxito das crianças doentes nos hospitais exige que se incluam intervenções essenciais como a reanimação neonatal, o tratamento de infecções e melhores cuidados de alimentação aos BPN e especialmente aos bebés prematuros.²⁴ Todas as crianças beneficiam de cuidados pele-a-pele, especialmente num clima frio ou nos dias frios do ano. As crianças com baixo peso à nascença que não estejam doentes e que pesem entre 1 000 e 2 000 gramas beneficiarão de “Método Mãe Canguru, MMC” especialmente nos primeiros dias de vida. (Caixa III.5.1).

Melhoria do sistema de saúde

Aumentar as capacidades dos recursos humanos, incluindo a melhoria das competências dos profissionais de saúde, deve ser complementado por infra-estruturas básicas, por disponibilidade regular dos medicamentos, materiais, produtos e equipamento,

CAIXA III.5.1 “Método Mãe Canguru, MMC”

O método “Método Mãe Canguru, MMC” é um método eficaz de cuidar de um bebé pequeno com peso entre 1 000 e 2 000 gramas e que não tem qualquer doença grave. O MMC permite a manutenção do calor corporal, a amamentação, a protecção contra infecções, a estimulação e a manifestação de carinho.

O bebé fica despido, com excepção do gorro ou touca, da fralda e das peúgas e é colocado na vertical entre os peitos da mãe, com a cabeça voltada para um dos lados. O bebé é depois atado ao tórax da mãe com um pano e coberto com as roupas da mãe. Se a mãe não estiver disponível, o pai, ou qualquer adulto, pode prestar estes cuidados pele-a-pele. Estes cuidados prosseguem até que a criança já não os aceite, geralmente quando o peso excede 2 000 gramas. É seguro prosseguir com o MMC em casa.

As investigações concluíram que para bebés prematuros, o método MMC é pelo menos tão eficaz como uma incubadora.²⁵ Os bebés pequenos que são cuidados pelo método MMC passam em média menos tempo nos hospitais, quando comparados com os que são tratados pelos métodos convencionais, têm menos infecções e adquirem peso mais rapidamente, poupando ao hospital dinheiro e tempo e poupando também sofrimentos inesperados à família.



assim como por supervisão e monitorização cooperantes. Os esforços para chamar a atenção dos decisores de políticas para a importância do peso que representam as doenças das crianças com menos de cinco anos e para níveis adequados de investimento tiveram como resultado que a AIDI e a saúde dos recém-nascidos passaram a ser colocadas em lugar de maior destaque nas preocupações locais e internacionais.^{26;27} Este contexto favorável e as competências de gestão que o sustentam são necessários para a prestação de serviços de saúde eficazes a todos os níveis: comunitário, unidades de saúde básicas e hospitais.

Acrescentar medicamentos, materiais e produtos para tratar enfermidades comuns dos recém-nascidos às listas de medicamentos e de materiais e produtos da AIDI é uma medida fundamental para assegurar a disponibilidade desses artigos.

Um controlo adequado pode ajudar a melhorar os cuidados prestados aos bebés e às crianças. Os programas podem utilizar listas de controlo (*checklists*) para avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos, o que pode ajudar a avaliar o processo de gestão de casos de bebés doentes e o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde. Determinados indicadores de controlo deverão detectar o número de bebés doentes nos serviços de saúde que sejam referenciados para outras unidades devido a doenças graves, assim como o de crianças que estiveram em contacto pós-natal de rotina com profissionais de saúde. Devem disponibilizar-se informações locais sobre os problemas de saúde dos recém-nascidos e das crianças e sobre os níveis do investimento a elas afectados, para assim ajudar os decisores de políticas no processo de tomada de decisões e na definição de prioridades relativas às intervenções e à implementação dos programas.

Adaptar a AIDI para salvar as vidas dos recém-nascidos - colocar o “N” em AIDNI

Adaptar a AIDI para melhorar os cuidados de saúde aos recém-nascidos exige que se organize ou que se revitalize um comité

nacional de peritos técnicos e de partes interessadas para debaterem as questões específicas do novo pacote de AIDI. O comité deverá tomar em consideração o estado actual da saúde neonatal, assim como o dos programas de saúde materno-infantis.

Quando se adaptem para utilização ao nível dos serviços básicos as directrizes de manejo de casos da AIDI devem fazer-se as seguintes perguntas fundamentais, com o objectivo de se melhorar a assistência à saúde dos recém-nascidos:

Qual deve ser o conteúdo da formação? Recomenda-se vivamente que a AIDI inclua o manejo de neonatais durante a primeira semana de vida. Por outras palavras, a secção da AIDI sobre as crianças deverá descrever os cuidados a aplicar aos bebés após o parto e até aos 2 meses de idade. Em todos os locais, os materiais que fazem parte da AIDI deverão ter a capacidade de tratar as doenças graves dos bebés (infecções graves, asfixia e complicações de partos prematuros) diarreias, problemas de alimentação e cuidados a prestar às crianças com baixo peso à nascença. As infecções gonocócicas dos olhos podem ser acrescentadas à lista nos locais onde a epidemiologia local sugira que estas infecções constituem um problema. Deverá ponderar-se a inclusão da icterícia, tendo em conta que ela, embora seja uma causa importante de incapacidades, não é uma causa importante de morte. Infelizmente, os sinais clínicos não são um meio de confiança para detectar icterícias que requeiram tratamento.^{12;13}

A AIDI genérica revista não inclui assistência durante o parto porque todos os profissionais de saúde presentes durante esse evento deverão ter igualmente competência para tratar da mãe durante o parto e, geralmente, estes não são os mesmos que prestam às crianças serviços de AIDI. Relativamente ao assistente especializado ou a locais específicos onde o profissional que esteja a receber formação em AIDI esteja também presente durante o parto, poderá recorrer-se a um módulo complementar de formação para cuidados de saúde aos recém-nascidos durante o parto, incluindo a reanimação. Para este efeito pode adoptar-se

o curso em inglês, intitulado “Making Pregnancy Safer - Essential Newborn Care” da OMS.

Qual deverá ser a sequência da formação? Na versão genérica da AIDI, a formação principia com o manejo de uma criança desde os 2 meses até aos 5 anos, seguida do manejo de um lactente. Alguns países, como a Índia e a Etiópia, inverteram a sequência da formação, de modo a dar maior ênfase à saúde do recém-nascido. Esta decisão tem várias implicações. A parte comum da formação (como o conceito de classificação codificada de acordo com cores, os sinais clínicos, como a respiração rápida e a respiração ofegante, etc.) terá de ser ensinada logo no início, utilizando a secção dos lactentes, com idade entre os 0 e os 2 meses. Isto exige que todos os manuais sejam reescritos ou reformulados e aumenta a proporção de tempo dedicada à secção do curso que trata dos bebés com 0 a 2 meses de idade. Até à data não há evidências que confirmem que inverter a sequência da formação leve a uma melhoria mais acentuada das competências do pessoal de saúde. A recomendação em vigor diz que não é necessário inverter a sequência se for dedicado tempo suficiente à formação relativa ao tratamento dos bebés de 0 a 2 meses de idade, incluindo os recém-nascidos.

Quanto tempo deve durar a formação? Talvez a maior vantagem da formação em AIDI seja a ênfase posta no aumento das competências através de aulas práticas. As directrizes para o manejo de casos de AIDI recomendam pelo menos três aulas práticas na formação clínica sobre bebés de 0 a 2 meses, que cubra a avaliação e o tratamento de doenças graves, os problemas de alimentação e os dos bebés com baixo peso à nascença, todos eles

incluindo componentes de assistência em casa, o que implica que são necessários pelo menos 2 e meio a 3 dias para transmitir ensinamentos acerca da secção dos bebés de 0 a 2 meses. Se estiver a ser implementada a formação completa de 11 dias, recomenda-se que pelo menos um terço do tempo total de formação seja dedicado aos tratamentos daqueles bebés - um mínimo de três dias, portanto. Se o curso de formação que estiver a ser ministrado for de curta duração (seis dias, por exemplo) pelo menos 40 por cento do tempo deve dedicar-se aos cuidados daqueles bebés, ou seja um mínimo de dois dias e meio. Quando este período de tempo não for viável em determinado país, deverá recorrer-se a estratégias alternativas de reforço das competências, como as práticas clínicas em serviço, supervisionadas, no período que se segue à formação.

Onde formar? Os serviços que prestam assistência a doentes externos não são em geral adequados para ensinar as práticas clínicas destinadas aos bebés de 0 a 2 meses. As aulas práticas clínicas devem ser organizadas em enfermarias para doentes internados, em serviços de urgência e em enfermarias pós-natal dos hospitais. A estratégia das práticas clínicas para bebés de 0 a 2 meses difere ligeiramente da destinada às crianças mais velhas, que tem lugar na maior parte das vezes num serviço de consultas externas.

Uma das estratégias para prestar CPósN às mães e aos recém-nascidos consiste nas consultas domiciliárias realizadas por trabalhadores de saúde dos serviços ou da comunidade. Acrescentar esta componente à AIDI exigiria mais aulas práticas para realizar consultas domiciliárias e pelo menos mais um dia de formação.

Quadro III.5.2 Adaptação da AIDI a AIDIN na Índia - decisões fundamentais e razão de ser

Questão	Decisão tomada pelo comité de adaptação indiano	Razões
Primeira semana de vida	Incluir o tratamento de infecções, icterícia, hipotermia, problemas de alimentação e BPN	Uma grande proporção de mortes de recém-nascidos na Índia ocorre durante a primeira semana de vida
Assistência durante o parto	Não incluído	Nem todo o pessoal presta assistência aos partos. Existem manuais complementares para melhorar as competências dos profissionais que prestam assistência aos partos
Sequência da formação	Os lactentes antes dos bebés mais velhos	Na Índia, quase metade das mortes de crianças com menos de cinco anos ocorre no período neonatal. É necessário prestar mais atenção aos recém-nascidos
Período de formação	50 por cento de todo a duração da formação	A modificação da sequência implica que as secções comuns (por ex. método de classificação) sejam ensinadas juntamente com o tratamento das doenças nos lactentes; são necessárias 3 aulas práticas de clínica e 1 aula prática para consultas domiciliárias
Prática clínica	3 aulas de prática clínica - (i) doença grave: em consultório de urgência e em enfermarias de doentes internos (ii) problemas de amamentação: enfermarias pós-natal, (iii) BPN: enfermarias de doentes internos e enfermarias para pós-natal 1 aula prática de consulta domiciliária na comunidade	Os lactentes doentes não são geralmente levados às consultas externas, mas sim às consultas de urgências, admitidos em enfermarias para internamento, ou ficam em casa
Assistência domiciliária de rotina para cuidados pós-natal	3 consultas domiciliárias de rotina por trabalhadores comunitários, apoiados por pessoal dos serviços de saúde, na primeira semana de vida - 1º, 3º e 7º dias - para todos os recém-nascidos. Três consultas semanais adicionais para os bebés com BPN - na 2ª, na 3ª e na 4ª semanas	A cobertura de CPósN é reduzida, especialmente na primeira semana, e os trabalhadores comunitários existentes podem ser utilizados para prestar CPósN no domicílio

Exemplos do processo de adaptação em diversos países

O processo de adaptação pode diferir em cada país, e o pacote final pode não ser o mesmo, mas é importante ponderar os prós e os contras de cada opção. O quadro acima resume as decisões tomadas na Índia quanto à adaptação. Algumas destas decisões só podem ser aplicadas especificamente no contexto indiano.

Alguns países africanos também adaptaram a AIDI de modo a incluir os cuidados de saúde aos recém-nascidos:

Na **Tanzânia**, acrescentaram-se às regras da AIDI a assistência à doença na primeira semana de vida e o curso normal de 11 dias para formação em AIDI.

Na **Etiópia**, devido às limitações impostas pelos custos operacionais e ao tempo que o profissional de saúde tem de ficar afastado do local de trabalho para receber formação, o Ministério da Saúde pediu que o curso de formação fosse mais curto. Em resposta, a formação foi diminuída de 11 para 6 dias e acrescentou-se ao curso um número substancial de componentes, incluindo consultas domiciliárias a todos os bebés, uma regra para os cuidados de saúde a aplicar aos bebés doentes, e cuidados adicionais aos bebés com baixo peso à nascença, incluindo MMC em casa.

No **Malawi**, os cuidados aos recém-nascidos e aos doentes com VIH/SIDA foram incluídos simultaneamente a fim de evitar revisões repetidas e separadas ao programa de formação. Além disso, como no Malawi os recursos humanos são uma limitação importante, decidiu-se reduzir a duração do curso para 6 dias, pelo menos durante a fase piloto, juntamente com a decisão de proceder a uma avaliação do nível das competências.

Dificuldades

A AIDI significa estar criada uma possibilidade importante de se melhorarem os cuidados de saúde aos recém-nascidos, mas há dificuldades a vencer para a implementar eficazmente e para melhorar nela as intervenções e os cuidados de saúde aos recém-nascidos.

Oferta de serviços

Adaptação de manuais e formação e reciclagem de profissionais de saúde: A adaptação de manuais é um processo intensivo que requer tempo, recursos e coordenação, assim como o envolvimento das diversas partes interessadas ao nível do país. A reciclagem de profissionais de saúde formados em AIDI de acordo com manuais adaptados tem implicações relativas aos recursos, em termos de custos directos e também de custos de oportunidade para os trabalhadores porque lhes ocupa o tempo em que deviam estar a prestar serviços.

Recursos humanos e financeiros insuficientes: uma das dificuldades para a introdução de melhoramentos na AIDI tem consistido em abranger um grande número de profissionais de saúde, recorrendo a cursos caros e de longa duração. Para acelerar os melhoramentos, alguns países adoptaram pequenos cursos de AIDI que abrangem muitos profissionais. É necessário avaliar estes esforços e a qualidade dos cuidados prestados. Mesmo que o curso seja encurtado, são necessários pelo menos dois dias e meio a três dias para a secção dos lactentes. Pode haver também dificuldades quanto a conseguir uma quantidade suficiente de recém-nascidos, especialmente recém-nascidos doentes, para servirem de exemplos nalguns serviços de saúde, o que limita a escolha dos locais de formação. A própria natureza das doenças desses bebés pode também impedir uma observação e um estudo minucioso. Por conseguinte, podem ser necessários métodos criativos, como vídeos.

Qualidade inadequada dos cuidados a nível comunitário: pode haver problemas legais envolvidos por as políticas do governo e dos organismos profissionais não permitirem que os TCS sejam responsáveis pelo tratamento de bebés doentes, mesmo quando o acesso aos cuidados nos serviços de saúde é diminuído. É necessária urgentemente uma estratégia para ultrapassar estas restrições políticas ou legais para que se possam prestar cuidados de saúde que podem salvar a vida de recém-nascidos e de crianças que os não estão a receber a nível comunitário. Estão neste momento a ser desenvolvidos instrumentos para aumentar a capacidade das consultas domiciliárias e das actividades comunitárias pelos TCS e outros prestadores de serviços de saúde comunitários.

Procura de cuidados de saúde

As famílias possuem geralmente conhecimentos insuficientes acerca de como procurarem assistência médica para as crianças doentes. Isto é ainda mais complicado devido às práticas tradicionais que mantêm as mães e os bebés isolados em casa por diversos períodos de tempo. Além disso, muitas vezes ficam no escuro ou em locais mal iluminados que tornam difícil detectar quaisquer problemas, especialmente no bebé. É necessário aumentar a consciência entre a comunidade e melhorar nela os comportamentos de procura de cuidados de saúde para os recém-nascidos doentes.

Como interligar os cuidados comunitários com os cuidados dos serviços de saúde

As ligações entre as comunidades e os serviços de saúde são muitas vezes frágeis. Nem há monitorização cooperante adequada dos serviços de saúde relativamente às comunidades, nem um sistema eficaz de referenciação de doentes do TCS para o serviço de saúde básico ou de primeiro nível. Dado que os recém-nascidos gravemente doentes identificados ao nível da comunidade ou dos serviços de saúde básicos correm um elevado risco de morte dentro de poucas horas, é extremamente importante criar e melhorar as ligações entre a comunidade e os serviços de saúde. Estes serviços e a comunidade devem trabalhar em conjunto para melhorarem a qualidade dos serviços de saúde e para aumentarem a sua utilização. Membros seleccionados da comunidade podem participar nas componentes não técnicas da supervisão.

Embora haja muitas vezes algumas organizações que trabalham a nível comunitário, geralmente elas trabalham de maneira fragmentada. Para que tenham o máximo impacto, todos os esforços para reduzir as mortes dos recém-nascidos e das crianças deverão ser coordenados e as suas metodologias deverão ser harmonizadas. Deverá haver uma linha aberta de comunicações entre os diversos intervenientes da comunidade e outros níveis. Os governos deverão também coordenar intervenções com base na comunidade, compreendidas por diversos parceiros.

Medidas práticas para melhorar a saúde dos recém-nascidos na AIDI

- *Revitalizar um grupo nacional linterligado com a "task force" da AIDI:* convidar peritos da área técnica e partes interessadas para debaterem o novo pacote da AIDI.
- *Adaptar as directrizes revistas da AIDI:* as directrizes de formação da AIDI deverão ser adaptadas para incluir o tratamento das doenças na primeira semana de vida, incluindo a assistência domiciliária e os cuidados adicionais aos bebés de baixo peso à nascença. Já se encontram disponíveis projectos que constam do folheto genérico, manuais de formação e um guia de adaptação para servirem de base a este processo.

- *Implementar as directrizes revistas*

- **Formar/Reciclar profissionais de saúde:** os profissionais de saúde já formados em AIDI deverão passar por um curso de reciclagem para lhes serem transmitidos conhecimentos sobre os manuais adaptados. Os profissionais de saúde ainda sem formação em AIDI deverão submeter-se a um curso totalmente revisto que inclua componentes tanto para os lactentes, como para crianças mais velhas. Deverá dedicar-se um mínimo de dois dias e meio a 3 dias para a formação na parte do curso dedicada aos lactentes.
- **Incluir medicamentos para o tratamento de recém-nascidos na lista de medicamentos essenciais:** os ministérios da saúde devem ser incentivados e apoiados para incluírem na sua lista de medicamentos essenciais, medicamentos e produtos fundamentais para os tratamentos aos recém-nascidos.
- **Incluir práticas familiares fundamentais nos cuidados de saúde aos recém-nascidos e estratégias para aumentar a cobertura:** a lista de práticas familiares fundamentais adoptadas pelos países deverá ser revista para incluir práticas adicionais que tenham um impacto positivo na sobrevivência do recém-nascido. Devem acelerar-se os esforços para promover estas práticas através de acções de aconselhamento nos serviços de saúde, de acções semelhantes pelos TCS e similares, e de debates nos grupos de mulheres.
- **Melhorar a qualidade da assistência hospitalar e a dos sistemas de referência de doentes**
- *Prestar cuidados de saúde em comunidades onde o acesso aos serviços de saúde é difícil:* as consultas domiciliárias de rotina pelos TCS para prestarem CPósN, a assistência domiciliária adicional às crianças com baixo peso à nascença (BPN), o manejo comunitário das infecções locais e a referência de doentes graves para unidades de saúde devem ser soluções a ponderar para se aumentar a cobertura das intervenções em áreas remotas.
- *Documentar e partilhar experiências:* os países deverão documentar e partilhar as suas experiências e os seus esforços para melhorar a saúde dos recém-nascidos através da AIDI. Devem incentivar-se os intercâmbios de informações entre os países do hemisfério sul. É extremamente prioritário criar procedimentos para avaliar as competências dos profissionais de saúde após a sua formação em AIDI, testar nas consultas domiciliárias de rotina as regras de detecção de recém-nascidos com problemas, e comparar a eficácia dos diversos métodos de prestação de intervenções baseadas na comunidade.

Conclusão

A AIDI, a funcionar já em quase todos os países da África Sub-Sahariana, proporciona uma oportunidade única para se melhorarem rapidamente as intervenções de saúde destinadas aos recém-nascidos, especialmente os cuidados a prestar às infecções graves. É provável que o reforço da componente da AIDI relacionada com os recém-nascidos e implementada aos níveis da comunidade, dos serviços de saúde básicos e das unidades

para onde são referenciados os doentes graves contribua para a melhoria da sobrevivência dos recém-nascidos em África. A adaptação das regras revistas da AIDI, incluindo as das práticas de tratamento dos recém-nascidos que ainda não constam na AIDI-C e a melhoria da assistência hospitalar aos recém-nascidos são medidas fundamentais deste processo. A adopção de uma estratégia conjunta OMS/UNICEF/Banco Mundial para a sobrevivência de crianças, desenvolvida em colaboração com a União Africana, proporcionará um quadro de políticas que levará a uma maior integração das intervenções em prol da saúde dos recém-nascidos que já estão incluídas nos programas que se ocupam da sobrevivência das crianças.

A implementação da AIDI de modo eficaz para melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos enfrenta diversas dificuldades. Em muitas situações, a AIDI foi implementada de modo a incluir lactentes e crianças nos serviços de saúde, mas não consegue abranger as crianças da comunidade, o que é uma situação que prejudica bastante a sua saúde, especialmente a dos recém-nascidos. Podem ser necessárias estratégias complementares, como as consultas domiciliárias por profissionais de saúde integrados na comunidade e que prestem CPósN de rotina. Além disso, as regras da AIDI incluem a referência dos lactentes com problemas graves para um serviço de nível superior. Porém, são necessários muito mais esforços para conseguir referências atempadas e para garantir que os centros de referência possam prestar os cuidados de que os recém-nascidos necessitam.

Medidas prioritárias para melhorar a AIDI de modo a solucionar os problemas de saúde dos recém-nascidos

- Finalizar as regras globais e o guia de adaptação da AIDI
- Revitalizar um grupo nacional ligado à task force da AIDI
- Adaptar as directrizes revistas da AIDI para os lactentes, incluindo por conseguinte a primeira semana de vida
- Implementar as directrizes revistas
 - *Formar e reciclar os profissionais de saúde*
 - *Incluir medicamentos para os recém-nascidos na lista dos medicamentos essenciais*
 - *Incluir práticas familiares fundamentais de assistência à saúde dos recém-nascidos e estratégias para aumentar a sua cobertura*
 - *Melhorar a qualidade da assistência hospitalar e melhorar os sistemas de referência*
- Prestar cuidados de saúde em serviços comunitários de áreas com acesso muito difícil aos serviços de saúde
- Documentar e partilhar experiências

Promoção da nutrição e da amamentação

Victoria Quinn, Agnes Guyon, Luann Martin, Hana Neka-Tebeb, Jose Martinez, Charles Sagoe-Moses

A subnutrição das crianças é um factor que contribui grandemente para as mortes de 10,5 milhões de crianças anualmente, em todo o mundo. A subnutrição é um fenómeno que produz efeitos entre as gerações. As raparigas subnutridas, especialmente as que são ainda crianças quando engravidam, têm frequentemente bebés demasiado pequenos e que, portanto, têm mais probabilidades de ter uma saúde débil até chegarem a adultos, o que, por sua vez, irá afectar as gerações futuras. Apesar das vantagens reconhecidas da amamentação, tanto para a mãe como para as crianças, as práticas de amamentação em África continuam a ser imperfeitas e estão enredadas em questões relacionadas com a actual epidemia de VIH/SIDA e com a eventual consequente transmissão de mãe para filho (PTV).

As necessidades de saúde e de nutrição dos recém-nascidos africanos e das suas mães são significativas e estão indissociavelmente ligadas. Assim, o crescimento e o desenvolvimento óptimos das crianças são fundamentais nos esforços dos governos para acelerarem o desenvolvimento económico. A gravidez e os dois primeiros anos de vida constituem uma janela aberta para garantir um início de vida saudável. A série de artigos da revista *The Lancet* em 2003, sobre a sobrevivência das crianças, identificou um conjunto de intervenções nutritivas que têm comprovadamente um potencial para impedir até 25 por cento de mortes de crianças, se elas forem implementadas em grande escala. Uma destas intervenções, a amamentação exclusiva, poderia salvar até 1,3 milhões de crianças em todo o mundo. Esta intervenção essencial envolve a iniciação precoce da amamentação e a garantia de que a mãe só dá ao bebé leite materno e mais nenhum alimento ou líquidos durante os primeiros seis meses de vida do bebé. Sabemos que “melhor que o peito não há” e que a alimentação provinda da mãe é essencial para o bem-estar dos recém-nascidos em África. Sabemos igualmente o que é preciso fazer para melhorar a situação, conforme se descreve na Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e das Crianças (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding). Contudo, os progressos são lentos. Como poderemos garantir que a maioria dos recém-nascidos beneficie destes conhecimentos e que os esforços de promoção da nutrição sejam melhor integrados nos programas existentes?



Problema

A subnutrição e as deficiências de micronutrientes que resultam da ingestão inadequada de alimentos e de micronutrientes pelas mulheres e das práticas abaixo do óptimo na alimentação dos recém-nascidos e das crianças estão associadas a problemas de saúde ao longo da vida. As consequências negativas para a saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) estão resumidas abaixo:

Efeitos nas mães: muitas mulheres africanas sofrem de subnutrição crónica e de deficiências de micronutrientes e não conseguem ganhar peso suficiente durante a gravidez. As consequências da subnutrição para as mães incluem um risco acrescido de morte, doenças e complicações durante a gravidez e o parto, maior susceptibilidade às infecções, níveis diminuídos de actividade e menor produtividade.¹ São comuns as carências de vitamina A e de ferro. Calcula-se que metade das mulheres grávidas africanas são anémicas, embora isto seja difícil de medir e de comparar devido à utilização de definições diferentes e à insuficiência de dados.² Quando o consumo de energia e de outros nutrientes não aumenta durante a gravidez, a lactação e os períodos de elevada actividade física, esgotam-se as reservas de uma mulher e isso deixa-a enfraquecida.

Efeitos nos recém-nascidos: a subnutrição materna aumenta o risco de nados-mortos e de mortes de recém-nascidos, de limitações ao crescimento intra-uterino, de baixo peso à nascença (BPN), de partos prematuros (pré-termo) e de perturbações do parto. Todos os anos nascem em África mais de quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença.³ Estes bebés correm um risco acrescido de morte no período neonatal, têm mais probabilidades de ser raquíticos e correm maiores riscos de morte. O raquitismo na infância está associado a piores níveis de desempenho na escola.^{4,5}

As práticas deficientes de alimentação durante o período pós-natal aumentam o risco de morte, de doenças e de subnutrição. Apesar das esmagadoras evidências das vantagens da amamentação exclusiva, apenas cerca de um de cada três bebés africanos com menos de seis meses é amamentado exclusivamente, devido a falta de entendimento das boas práticas de alimentação e a falta de apoio dos serviços de saúde, dos membros da comunidade e das famílias.⁶ Os bebés que não são amamentados exclusivamente nos primeiros meses de vida correm um maior risco de morte, especialmente devida a infecções.

Efeitos nos bebés e nas crianças: as actuais tendências na subnutrição infantil sugerem que a situação na África Sub-Sahariana está estável ou que está a deteriorar-se, especialmente porque o VIH/SIDA afecta a saúde e a nutrição das crianças. Com base nas projecções, a prevalência de crianças com menos de 5 anos e com baixo peso, na África Sub-Sahariana, irá aumentar de 24 milhões de crianças em 1990, para 43 milhões em 2015. Noutras regiões do mundo espera-se que a prevalência de crianças com baixo peso diminua.⁷ A anemia durante a gravidez afecta os teores de ferro das crianças e aumenta o risco de infecções, retardando o desenvolvimento motor e conduzindo a deficiências cognitivas no início da infância. A prevalência de anemia continua a ser elevada nas crianças com menos de 5 anos e calcula-se que atinja 60 por cento na África Sub-Sahariana.⁸ A deficiência de vitamina A também continua a ser motivo de grande preocupação. Os bebés com falta de vitamina A correm maiores riscos de crescimento insuficiente, de problemas oftálmicos, de menor resistência às infecções, de casos mais graves de sarampo e de episódios mais frequentes e graves de diarreia.

Factores culturais e sociais contribuem frequentemente para uma alimentação deficiente e para problemas de saúde. As informações incorrectas da família, dos vizinhos e dos amigos, assim como os 'mitos locais', podem conduzir a práticas nutritivas deficientes aplicadas às mães e aos recém-nascidos. As mulheres podem evitar por exemplo certos alimentos bem nutritivos por serem considerados tabus durante a gravidez, ou podem alimentar-se menos por recearem ter um bebé grande e um trabalho de parto difícil. As limitações económicas podem também conduzir a insuficiências nutritivas e de energia, visto que os costumes podem exigir que as mulheres grávidas desempenhem trabalhos fisicamente exigentes que podem ser prejudiciais tanto para a mãe como para o bebé. Os factores culturais e sociais exercem também um impacto sobre as práticas alimentares dos recém-nascidos. Muitas vezes não se dá ao bebé o primeiro leite, o

colostro, devido a receios de que o leite amarelo lhe provoque icterícia. Por outro lado, algumas práticas culturais promovem comportamentos saudáveis. Nalgumas culturas, por exemplo, uma mulher pode ser presenteadas com alimentos especiais, e ser incentivada a descansar durante várias semanas após o parto.

Este capítulo abrange o pacote de medidas nutritivas essenciais que contribuem para a saúde do recém-nascido, a começar pela saúde e pela alimentação da mãe, e debate depois as práticas de amamentação recomendadas. Apresentamos a seguir um panorama das possibilidades de integração destas práticas nos programas existentes, das dificuldades que se levantam contra as melhores práticas alimentares, e das medidas práticas de planeamento e de programação a tomar para se acelerarem os progressos nesta área.

Pacote

As mães e os bebês formam uma unidade biológica e social inseparável, pelo que a saúde e a nutrição de um grupo não podem ser divorciadas da saúde e da nutrição do outro. Em fases cruciais da vida pode promover-se uma alimentação óptima para a sobrevivência da mãe, do recém-nascido e da criança. As práticas óptimas designam-se muitas vezes por Medidas Essenciais de Nutrição (Essential Nutrition Actions).⁹ *A Estratégia Global para a Alimentação de Bebês e de Crianças da OMS/UNICEF (WHO/UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding)*¹⁰ apresenta um método integrado e exaustivo para promover as melhores práticas de alimentação de crianças.

Estimativas recentes publicadas na revista *The Lancet*¹¹ quantificaram os custos da promoção da amamentação e sugerem que eles são surpreendentemente baixos. Para atingir 99 por cento das famílias com duas consultas domiciliárias com conselheiros da comunidade, o custo adicional situa-se em torno de 124 milhões de dólares relativamente a 75 países com uma taxa de mortalidade elevada de crianças com menos de 5 anos, incluindo 40 países africanos. Este valor traduz-se em três centimos adicionais *per capita* naqueles países. Isto significa 90 dólares por cada vida salva: ainda mais barato do que a vacinação contra o sarampo que se considera ser uma intervenção de baixo custo.

A mãe

As medidas essenciais de nutrição para a mãe que têm efeito no estado nutricional do recém-nascido são:

- Ingestão adequada de ferro durante e após a gravidez
- Ingestão adequada de vitamina A no período pós-natal
- Ingestão adequada de iodo

Há outras intervenções que afectam o estado de nutrição da mãe, especialmente através da prevenção da anemia. Essas intervenções podem ser aplicadas em certos locais e incluem:

- Tratamento do ancilóstomo (com mebendazol) no segundo ou no terceiro trimestre da gravidez
- Tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez
- Utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas durante a gravidez e depois do parto
- PTV do VIH

O bebé

As medidas essenciais de nutrição para a saúde e nutrição dos recém-nascidos são:

- Iniciação precoce da amamentação
- Amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida
- Alimentação de recém-nascidos em circunstâncias de dificuldade excepcional, incluindo os que têm BPN, os bebês prematuros, os nascidos de mães seropositivas, os bebês doentes ou desnutridos, e os que se encontram em locais perigosos como os que se encontram em situação de guerra ou de desastres naturais

Nutrição materna

Melhorar a alimentação das mulheres resultará em mulheres e bebês mais saudáveis

Anos seguidos de negligência alimentar perpetuam um ciclo de desnutrição e de saúde débil que começa no útero, continua na infância e na adolescência, e passa à geração seguinte com o nascimento de um bebé desnutrido. O baixo peso à nascença

de um bebé é a consequência de um parto prematuro (antes de 37 semanas de gestação), de crescimento insuficiente do feto (intra-uterino), ou de ambos. Muitos factores relacionados com a mãe, com o bebé e com o ambiente físico em redor afectam a duração da gestação e a taxa de crescimento do feto e, desse modo, o peso à nascença e a saúde futura do bebé

Considera-se que um bebé tem baixo peso à nascença (BPN) se pesar menos de 2500 gramas. A pequena dimensão do bebé deve-se ou a crescimento inadequado do feto, ou a parto prematuro (nascido antes de 37 semanas de gestação), ou a ambos os factores. As mães em condições socioeconómicas carentes têm mais probabilidades de ter bebês com BPN. Nestes locais, o BPN resulta fundamentalmente da desnutrição da mãe e de má saúde que tem subjacente a pobreza e que conduz à elevada prevalência de infecções como a malária e a sífilis, e a complicações de gravidez.¹² Um trabalho físico pesado durante a gravidez contribui também para um crescimento insuficiente do feto e aumenta os riscos de parto prematuro.

Durante a gravidez, todas as mulheres necessitam de mais alimentos, de uma dieta variada e de suplementos de micronutrientes. Os suplementos mais utilizados são o ferro e o ácido fólico; contudo, estão a ser ensaiados para as mulheres grávidas suplementos com micronutrientes múltiplos, como forma de melhorar o teor de micronutrientes da mãe e de aumentar o peso do bebé à nascença. Durante a lactação, devem definir-se os teores maternos de energia necessários, de proteínas e de outros nutrientes, que devem ser poupados e repostos para garantir a saúde da mãe e os níveis adequados de micronutrientes no leite materno. Ao contrário das crenças populares, praticamente todas as mães, a menos que estejam extremamente mal alimentadas, podem produzir quantidades adequadas de leite. Os factores fundamentais que influenciam a produção de leite são a frequência das mamadas e uma boa ligação ao peito, e não o estado nutritivo da mãe. Quando a mãe que amamenta está desnutrida, é mais benéfico e mais seguro para ela e para o filho melhorar a sua dieta do que expor a criança aos riscos associados a substitutos do leite materno, além de que aquela solução é menos onerosa. A Caixa III.6.1 enumera as medidas a tomar para se melhorar a alimentação materna.



CAIXA III.6.1 Medidas para melhorar a alimentação das grávidas e das mulheres que amamentam

- Pelo menos uma dose extra de alimento de base por dia durante a gravidez e o equivalente de uma refeição extra durante a lactação
- Consumo diário aumentado de frutos e de vegetais, de produtos animais e de alimentos fortificados
- Suplementos de ferro e de ácido fólico ou suplementos de múltiplos micronutrientes durante a gravidez e os primeiros três meses pós-natal; uso continuado, de acordo com as necessidades
- Ingestão adequada de iodo - utilizar apenas sal iodado
- Diminuição do volume de trabalho e descanso suplementar durante a gravidez
- Medicamentos antimaláricos e redes mosquiteiras tratadas com insecticidas para evitar a anemia em áreas onde a malária for endêmica
- Saneamento básico e calçado para evitar a anemia provocada por infecções devidas a ancilóstomos onde eles forem endêmicos, e utilização rotineira de anti-helmínticos após o primeiro trimestre de gravidez, nos locais onde a prevalência de ancilóstomos exceda 20 por cento
- Ingestão adequada de vitamina A no período pós-natal e altas doses de suplementos de vitamina A após o parto, onde isso esteja incluído nas políticas nacionais

Fonte: Adaptado da referência¹

Amamentação precoce e exclusiva: melhor que o peito não há

Após décadas de pesquisas sobre a amamentação, novas descobertas apontam para que a sua eficácia é ainda maior do que antes se pensava para salvar vidas e melhorar a saúde. Em África, a vasta maioria dos bebés é amamentada, mas as práticas de amamentação que se utilizam são imperfeitas e colocam-nos em risco. Embora seja um acto natural, a amamentação é também um comportamento que se aprende. As mães precisam de apoio especializado para aprenderem a posicionar o bebé correctamente e a amamentá-lo convenientemente. A Caixa III.6.2 apresenta um resumo das práticas recomendadas de amamentação dos recém-nascidos.

Amamentação precoce ou imediatamente após o parto. Um estudo transversal realizado no Gana calculou que se poderiam salvar 22 por cento de vidas de recém-nascidos se a amamentação tivesse início dentro da primeira hora de vida.¹⁴ A iniciação precoce da amamentação fornece calor, promove o vínculo entre a mãe e o bebé, e ajuda a mãe pela diminuição dos riscos de hemorragia pós-natal. Durante os primeiros dias de vida, a amamentação ajuda a evitar o baixo teor de açúcar no sangue (hipoglicémia) e a baixa temperatura (hipotermia), que são contributos importantes



para a morte dos recém-nascidos. A maior parte dos recém-nascidos estão prontos a encontrar o mamilo e a agarrar-se ao peito na primeira hora de vida, se lhe proporcionarem contacto imediato pele-a-pele. O colostro, que é o leite espesso e amarelado ou transparente produzido nos primeiros dias, fornece ao bebé níveis elevados de anticorpos, células imunes, vitamina A e outras substâncias protectoras.

Amamentação exclusiva. Não dar aos bebés outros alimentos ou líquidos, incluindo água, durante os primeiros seis meses de vida poderia salvar anualmente as vidas de cerca de 1,3 milhões de crianças em todo o mundo.^{15;16} De acordo com uma meta-análise realizada por uma Equipa de Estudo Colaborante da OMS (WHO Collaborative Study Team) que avaliou o impacto da amamentação na mortalidade devida especificamente a infecções, o risco de morte de bebés com menos de 2 meses é aproximadamente seis vezes maior nos bebés não amamentados com leite materno, do que nos bebés que foram amamentados.¹⁷ Edmundo e outros relatam um aumento quádruplo de risco de mortalidade neonatal em bebés que são amamentados apenas parcialmente, em vez de exclusivamente, e um aumento duplo de risco de mortalidade em crianças que recebem alimentos pré-lácteos.¹⁴

A amamentação exclusiva protege os recém-nascidos contra causas importantes de morte tais como a septicémia, as infecções agudas das vias respiratórias, a meningite e a diarreia.¹⁸ A amamentação exclusiva também fornece todos os fluidos e os nutrientes necessários a um crescimento e a um desenvolvimento óptimos durante os primeiros seis meses. A amamentação precoce e exclusiva está associada a um aumento do vínculo entre a mãe e o bebé e à criação de comportamentos eficazes de amamentação e de alimentação. Uma boa forma de se agarrar ao peito da mãe permite que a criança mame eficazmente e assim estimule a lactação adequada. Uma má forma de se agarrar pode ter como resultado uma sucção ineficaz, que pode causar ingestão insuficiente do leite materno e problemas nas mamas como o ingurgitamento mamário, mamilos doloridos e fendidos e mastite.

Os grupos mais vulneráveis requerem mais apoio alimentar

Todos os recém-nascidos são vulneráveis e requerem apoio para facilitar uma amamentação perfeita. Contudo, alguns grupos são ainda mais vulneráveis e assim requerem mais apoios, como é o caso dos bebés com baixo peso à nascença (BPN), dos bebés nascidos de mães seropositivas e dos bebés nascidos em situações

CAIXA III.6.2 Nada há melhor do que o peito materno: práticas de amamentação recomendadas para os recém-nascidos

- Amamentação precoce - a iniciação da amamentação acontece na primeira hora após o parto, com colostro e contacto pele-a-pele
- Amamentação exclusiva (nenhuns outros alimentos ou líquidos, nem sequer água) durante seis meses
- Boa ligação e posicionamento, e tratamento rápido de problemas mamários, como ingurgitamento, mamilos fendidos, mastite, e abscessos mamários
- Amamentações frequentes, de dia e de noite (8-12 vezes por cada 24 horas e mais frequentemente se necessário, especialmente nas primeiras semanas)
- Continuação da amamentação quando a mãe ou o recém-nascido estão doentes
- Mais apoios para alimentar recém-nascidos mais vulneráveis, incluindo os bebés com baixo peso à nascença e os prematuros, os nascidos de mães seropositivas, os bebés doentes ou muito mal alimentados, e os que se encontram em locais onde há situações de emergência, como guerras ou desastres naturais

Fonte: Adaptado da referência¹³

de emergência complexas. Na África Sub-Sahariana, 14 por cento dos bebés nascem com baixo peso à nascença. Há evidências fortes e consistentes de que alimentar um bebé com BPN com o leite da sua mãe, especialmente os que são prematuros, tem como consequência uma menor incidência de infecções e um maior desenvolvimento neurológico quando se compara aquela alimentação com a feita com alimentos formulados. A Caixa III.6.3 apresenta directrizes para a alimentação de bebés com baixo peso à nascença. Para reduzir o risco de doença hemorrágica, a OMS recomenda que todos estes bebés recebam vitamina K injectável.¹⁹ Os bebés pequenos, em especial os nascidos prematuramente, podem beneficiar com o Método Mãe Canguru, MMC, ou com contacto pele a pele com a mãe. O MMC pode iniciar-se imediatamente após o parto e está provado que aumenta a capacidade de amamentação e acelera o aumento de peso.

Os bebés nascidos de mães seropositivas representam outro grupo especialmente vulnerável. As intervenções para impedir a transmissão do VIH deverão iniciar-se durante a gravidez. Práticas mais seguras de alimentação de bebés podem também reduzir o risco de transmissão vertical do VIH de mãe para filho. Todas as mulheres devem receber informações e conselhos exactos e imparciais sobre as opções de alimentação dos seus bebés assim como apoio para escolherem e praticarem a opção que melhor se adapte à sua situação. Se a alimentação de substituição for aceitável, factível, acessível, sustentável e segura (o que se designa pela sigla AFASS), recomenda-se que as mães seropositivas evitem a amamentação (Figura III.6.1). De contrário, o que se recomenda é a amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida, que deve ser interrompida logo que a alimentação de substituição satisfaça as normas AFASS. Devem ter-se cuidados especiais para evitar e tratar rapidamente os problemas mamários a fim de se reduzir o risco de transmissão. (Vide Secção III capítulo 7).

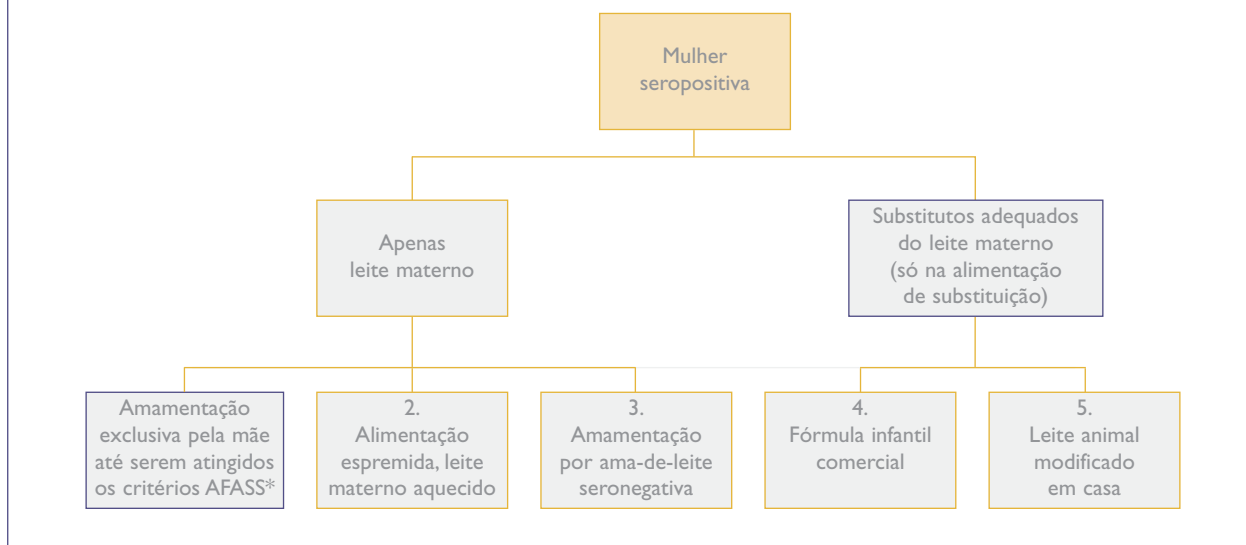
Os bebés são especialmente vulneráveis durante as situações complexas das urgências. As doenças da infância e as taxas de mortalidade podem aumentar 20 vezes nestas situações

CAIXA III.6.3 Cuidados adicionais e apoio à alimentação de bebés com baixo peso à nascença (BPN) e a bebés prematuros

- A maior parte dos bebés não prematuros, mas com baixo peso à nascença pode ser amamentada imediatamente após o parto, mas requer cuidados e apoios adicionais para se manterem quentes e para criarem boas práticas de amamentação.
- Os bebés moderadamente prematuros (nascidos cerca de um ou dois meses mais cedo do que o previsto ou que pesem cerca de 1 500 a 2 000 gramas, podem geralmente mamar, mas podem cansar-se facilmente. As mães devem ser apoiadas para começarem a espremer o leite dentro das primeiras seis horas após o parto. Durante as primeiras semanas, quando o bebé começa a aprender a mamar, mas não consegue completar a mamada, a mãe pode colocar o bebé ao peito, e assim que ele se cansar pode dar-lhe leite espremido, utilizando um copo ou uma colher. A mãe pode espremer o seu leite para um recipiente esterilizado imediatamente antes de o bebé começar a mamar. Tanto o acto de espremer o leite, como o de mamar, irão estimular a produção contínua de leite, e a mamada fornecerá ao bebé o leite final da mamada que é rico em gordura. Nos serviços de saúde pode ocasionalmente ser necessária uma sonda alimentar.
- Os bebés muito prematuros (nascidos mais de dois meses antes do prazo previsto e que pesam frequentemente menos de 1 500 gramas) podem não conseguir mamar eficazmente nos primeiros dias ou semanas de vida e podem necessitar de alimentação por sonda nasogástrica ou de fluidos intravenosos. Se possível, deverão receber cuidados especiais numa unidade de saúde de referênciação.

Fontes: Adaptado das referências²⁰⁻²²

FIGURA III.6.1 Opções de alimentação de bebés durante os primeiros seis meses de vida, para as mulheres seropositivas



* Se for aceitável, factível, acessível, sustentável e seguro (AFASS) durante os primeiros seis meses, a mulher seropositiva deve trocar a amamentação exclusiva por alimentação de substituição, evitando uma mudança brusca.
Fonte: Adaptado da referência²³

devido a níveis elevados de exposição a infecções, a má higiene e a alimentação e cuidados de saúde inadequados. A falta de amamentação aumenta dramaticamente estes riscos. As práticas de amamentação não devem ser prejudicadas pela distribuição inadequada de substitutos do leite materno. O pessoal das urgências pode dar apoio às boas práticas habitualmente seguidas e apoiar as mães dando-lhes conselhos sobre a amamentação e os cuidados de saúde e de nutrição adequados, como a criação de locais isolados e sossegados para a mãe amamentar, assim como garantir um aprovisionamento seguro de água potável para as necessidades aumentadas de hidratação da mulher e uma ingestão adequada de alimentos em qualidade e em quantidade, para sustentar a lactação.

Cobertura actual e tendências

Quase todos os bebés africanos são amamentados, mas as práticas de nutrição seguidas são deficientes para a maioria deles, quando comparadas com as melhores práticas de amamentação precoce e exclusiva.

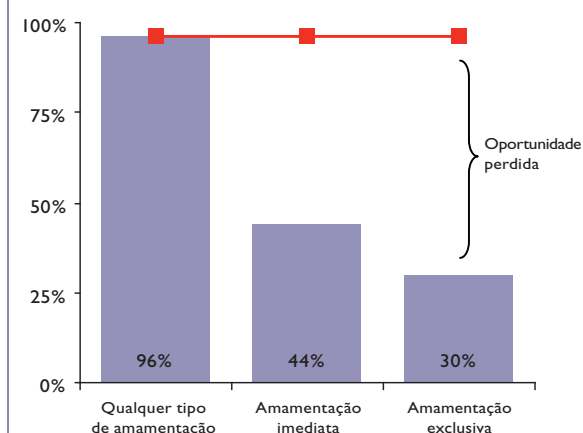
A amamentação precoce, dentro da primeira hora após o parto não é a norma, o que é uma importante oportunidade não aproveitada pela amamentação em África. Se bem que 96 por cento dos bebés sejam amamentados, só 44 por cento são colocados ao peito na primeira hora após o parto, de acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 29 países africanos. As taxas variam entre cerca de 23 por cento no Senegal e 81 por cento na Namíbia.

A amamentação exclusiva, medida como o número de bebés com menos de seis meses que foram alimentados apenas com leite materno nas primeiras 24 horas, é ainda menor. Menos de um em cada três bebés na África Sub-Sahariana é amamentado exclusivamente.⁶ (Figura III.6.2). As taxas de amamentação exclusiva nos países da África Ocidental e Central são as mais baixas de todos os países em desenvolvimento.

As razões subjacentes às baixas taxas de amamentação exclusiva em todo o mundo são muitas e variam de país para país. As razões

comuns incluem a falta de consciência acerca das vantagens das melhores práticas, a formação inadequada dos profissionais de saúde sobre essas melhores práticas e sobre perícia em aconselhamento, acesso limitado das mães a esses profissionais, crenças e costumes locais, pressões comerciais e familiares, e ambientes de trabalho não favoráveis. Num programa do Gana, por exemplo, verificou-se que muitas mulheres amamentavam à pressa. Devido a muitas solicitações ao tempo livre das mães, providas de vários quadrantes, as mães davam uma pequena quantidade de leite dos dois seios em cada mamada e por isso as crianças não mamavam o suficiente para chegar ao leite rico em gordura do final da mamada. Estes bebés continuavam com fome e portanto as mães sentiam-se tentadas a dar-lhes outros alimentos.²⁴

FIGURA III.6.2 Melhorias possíveis: oportunidades perdidas para uma amamentação precoce e exclusiva na África Sub-Sahariana

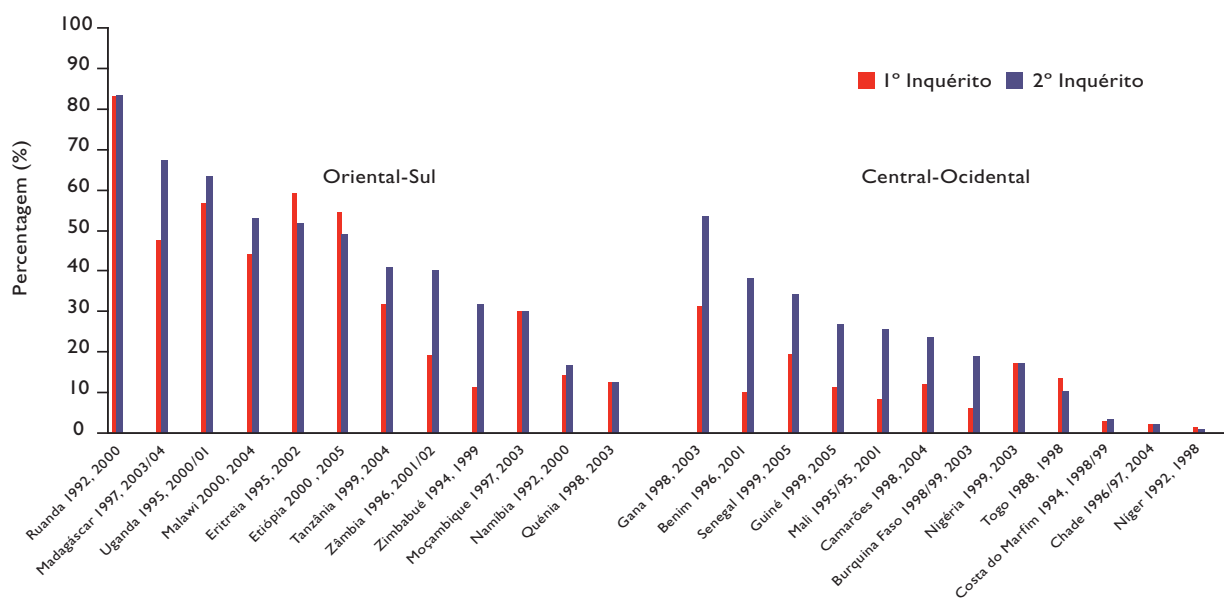


Fonte: Inquéritos Demográficos e de Saúde, vide notas aos dados na página 226 para mais pormenores. Vide os Perfis dos países na Secção V para dados específicos de cada um..

Embora as taxas de amamentação exclusiva permaneçam baixas, alguns países conseguiram progressos significativos (Figura III.6.3). Num período de cinco a oito anos, a taxa aumentou de

20 a 40 pontos percentuais no Benim, no Gana, em Madagáscar, no Mali, na Zâmbia e no Zimbabuê, de acordo com dados do IDS.

FIGURA III.6.3 Progressos alcançados na amamentação exclusiva em 24 países africanos



Nota: Percentagem dos bebés com menos de seis meses por ocasião do inquérito, que ingeriram apenas leite materno nas 24 horas que precederam as entrevistas. Fonte: Inquéritos Demográficos e da Saúde (IDS) de 24 países com dois IDS. Para mais pormenores, vide notas aos dados na pág. 226

Possibilidades de melhorar e integrar a nutrição nos programas dos serviços de SMNI

Através de serviços de cuidados de saúde e nutrição existentes e de programas dos serviços de SMNI, é possível tomar medidas relativas à nutrição essencial que abranjam todas as mulheres grávidas e seus recém-nascidos. Nos serviços de SMNI, o apoio à nutrição pode efectuar-se ao longo dos cuidados continuados de saúde nos serviços pré-natais, nos de maternidade segura e nas actividades relacionadas com a saúde reprodutiva, nos de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), e através dos programas destinados a prevenir a transmissão vertical do VIH de mãe para filho. Devem aproveitar-se igualmente as possibilidades existentes fora dos serviços de saúde oficiais. Por exemplo: integraram-se com êxito mensagens sobre a nutrição nas reuniões com grupos ou associações de mulheres (women's credit groups) inseridas na estratégia 'Credit with education' (créditos pecuniários para fins de educação e de saúde) o que resultou em melhorias nos hábitos de amamentação e nos resultados da nutrição.²⁵

A estratégia global deverá esforçar-se por utilizar ao máximo todas as possibilidades dos programas para prestar apoio correcto à nutrição na altura certa e ao grupo certo. As informações, os apoios e a criação de laços de confiança contribuem para a criação e manutenção das melhores práticas de amamentação. Estes factores requerem o recurso a conselheiros com formação em amamentação e um método eficaz de comunicação para alterar os comportamentos, com mensagens concisas dirigidas a alvos bem definidos, amplamente e frequentemente divulgadas através dos meios de comunicação adequados. As mensagens divulgadas, por exemplo, aos decisores de políticas, aos profissionais de saúde, aos líderes comunitários, e aos jornalistas da rádio através de múltiplos canais devem ser coerentes e formar um conjunto coeso.

Os serviços de saúde de rotina têm possibilidades de prestar apoio para a introdução de boas práticas de alimentação destinadas aos recém-nascidos, e de cuidados nutritivos adequados às mulheres grávidas e às novas mães.

- *Durante a gravidez* as mulheres podem ser aconselhadas sobre a ingestão de alimentos adequados para manter níveis saudáveis de peso, sobre a necessidade de a alimentação ser diversificada para melhorarem a ingestão de vitaminas e de minerais, e sobre o controlo e tratamento das infecções provocadas pela malária e pelos helmintos para prevenir a anemia. As mulheres grávidas podem também receber conselhos sobre suplementos nutritivos na sua alimentação e sobre a amamentação precoce e exclusiva.
- *Durante o parto*, a hidratação e o apoio físico, emocional e informativo permanentes podem reduzir a necessidade de intervenções médicas que podem entorpecer o bebé e torná-lo menos inclinado a iniciar imediatamente a amamentação. Este apoio pode aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentarem e de cuidarem dos seus bebés.
- *Durante e imediatamente após o parto* o pessoal que presta assistência à mãe deve aconselhá-la e prestar-lhe apoio para que adira à amamentação precoce e exclusiva, e para que corrija o posicionamento do bebé e a forma de o encostar a si. Diversos estudos sugerem que permitir que decorra um breve intervalo de tempo (30-120 segundos) entre o parto e a clampagem ou pinçamento do cordão umbilical pode aumentar a transferência de sangue e ferro para o recém-nascido e diminuir o risco de anemia na infância.²⁶ Contudo, as recomendações internacionais sobre a altura em que se deve proceder à clampagem do cordão umbilical estão neste momento a ser revistas. Onde essa prática seja recomendada, deve também ministrar-se à mãe, depois do parto, uma alta dose de vitamina A.

- *Durante o período pós-natal e neonatal* os contactos com as novas mães proporcionam a oportunidade de as aconselhar sobre a amamentação frequente e exclusiva, de observar o recém-nascido para verificar se o seu posicionamento e ligação com a mãe são os correctos, de resolver problemas e de reflectir sobre as medidas a tomar relacionadas com a alimentação materna durante a lactação, especialmente comer mais todos os dias, assegurar uma dieta diversificada e prosseguir com a suplementação de micronutrientes, conforme indicado.

Estas possibilidades não são aproveitadas devido a uma variedade de razões que incluem a inexistência de competências adequadas para prestar o apoio necessário, a falta de protocolos claros para os prestadores dos serviços (por exemplo a falta de materiais e produtos auxiliares de tarefas), o esgotamento de *stocks* de produtos e de aprovisionamentos essenciais, ou simplesmente um sistema de saúde sobrecarregado, tendo tudo isto como resultado uma prestação de serviços de saúde abaixo das normas.

Moçambique: um estudo realizado em 10 serviços da Província de Manica avaliou se os profissionais de saúde aproveitavam os seus contactos com as mães para as aconselhar sobre a nutrição. Das 39 mulheres observadas durante as consultas pós-natal, só a três se perguntou se estavam a amamentar exclusivamente. Durante as consultas das crianças também não se aproveitou a oportunidade para debater o assunto da amamentação exclusiva.²⁷

Etiópia: Embora 79 por cento das mulheres grávidas nas áreas urbanas e limítrofes sejam assistidas pelo menos numa consulta pré-natal, apenas a 22 por cento delas se ministraram suplementos de ferro e/ou ácido fólico, só 45 por cento fizeram testes da anemia, e 33 por cento foram aconselhadas sobre a amamentação exclusiva.²⁸

Oportunidades nos serviços de saúde

Uma estratégia importante para resolver a questão das práticas de alimentação precoce das crianças nos serviços de saúde é a “Baby-Friendly Hospital Initiative”, apoiada pela OMS e pela UNICEF e lançada em 1991 para garantir que não se perdessem as oportunidades de apoiar a amamentação durante os cuidados pré-natais e pós-natal: Uma maternidade pode ser certificada como “amiga dos bebés” se aderir às Dez Medidas para uma Amamentação Correcta, listadas na Caixa III.6.4, e se implementar disposições relevantes do Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno (*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*).

Possibilidades existentes nas comunidades

Muitas mulheres africanas têm poucos contactos com os serviços de saúde. É essencial melhorar as actividades com base na comunidade para melhorar o apoio especializado e atempado à nutrição e à amamentação maternas. As actividades com base na comunidade incluem a educação e o apoio ao parto por assistentes especializados e grupos comunitários existentes, a mobilização comunitária, os meios de comunicação tradicionais e os actuais *mass media*, assim como as consultas domiciliárias.

- **Grupos comunitários existentes.** Os grupos de apoio inter-mães, os clubes de mães, e os grupos sociais, religiosos e de créditos podem ser boas vias para a divulgação de informações e de apoio à amamentação. Na Gâmbia, 12 comunidades identificaram cinco mulheres e dois homens em cada comunidade para receberem formação e serem certificados como Grupos de Apoio de Aldeia (Village Support Groups) sobre alimentação infantil. Estes grupos divulgaram informações através de visitas aos domicílios, de reuniões de aldeia, de cerimónias, de canções e

CAIXA III.6.4 Para ser “amigo dos bebés”

Para ser considerado “amigo dos bebés”, um serviço de saúde ou um hospital deve respeitar as dez medidas seguintes de uma amamentação correcta:

1. Terem uma política de amamentação documentada que, por rotina, seja comunicada a todo o pessoal
2. Darem formação a todos os profissionais de saúde nas competências necessárias para porem em prática essa política
3. Informarem todas as mulheres grávidas acerca das vantagens e do melhor manejo da amamentação
4. Ajudarem as mães a iniciar a amamentação dentro da primeira meia hora após o parto
5. Demonstrarem às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos
6. Não darem aos recém-nascidos qualquer alimento ou bebida que não seja o leite materno, a não ser por indicação médica
7. Aplicarem a norma da permanência de mãe e filho no mesmo quarto ou enfermaria - isto é, permitirem que as mães e os filhos permaneçam juntos 24 horas por dia
8. Incentivarem a amamentação em todos os momentos em que o bebé a peça
9. Não usarem chupetas ou biberões para amamentar as crianças
10. Incentivarem a criação de grupos de apoio à amamentação e orientarem as mães para eles após terem alta do hospital ou da clínica

Fonte: Adaptado da referência²⁹



de danças. A iniciação precoce e exclusiva da amamentação passou a ser norma. Além disso, as comunidades construíram casas de repouso nas áreas rurais, junto aos terrenos agrícolas, para permitir que as mães camponesas amamentem os seus filhos durante as horas de trabalho.³⁰

- **Eventos para mobilização da comunidade.** As canções, os espectáculos, as narrativas e os recitais, as marionetes, os “baby shows” (espectáculos dedicados à grávida, durante os quais se lhe oferecem presentes), as feiras de produtos para a saúde, a Semana Mundial da Amamentação e os festivais comunitários são exemplos de eventos para a mobilização da comunidade que servem para promover a amamentação e as melhores práticas de alimentação para as grávidas e as mulheres em fase de lactação. Trata-se de formas de entretenimento para partilhar informações e para celebrar realizações que envolvem funcionários locais, voluntários de saúde e famílias.
- **Meios de comunicação social.** Os meios de comunicação social podem ser utilizados para melhorar mensagens comunicadas através de materiais impressos e de comunicações interpessoais, assim como para aumentar a consciência relativamente às questões em causa, ampliar a área de influência e criar um ambiente social favorável à mudança de comportamentos. As emissões de rádio locais alcançam uma grande proporção da população. Em Madagáscar, um cantor popular escreveu canções com mensagens sobre a amamentação precoce e exclusiva que foram cantadas em concertos, passadas na rádio, e escutadas em cassetes fornecidas a motoristas de táxis e de camiões.
- **Consultas domiciliárias por conselheiros e assistentes comunitários de saúde.** As consultas domiciliárias nos primeiros dias ou semanas após o parto podem melhorar as possibilidades de uma amamentação correcta. Durante aqueles primeiros dias, as dúvidas e os problemas da amamentação, como os seios ingurgitados, que muitas vezes acontecem aproximadamente três a cinco dias após o parto, podem desencorajar uma mãe. Porém, um conselheiro domiciliário que apareça nos primeiros dias, pode melhorar as boas práticas de amamentação e tranquilizar a mãe. Diversos estudos analisaram os efeitos que os conselheiros comunitários e os conselheiros voluntários causam na amamentação exclusiva³¹ e chegaram à conclusão de que, em geral, as mães visitadas com mais frequência têm mais probabilidades de adoptar práticas correctas do que as que são menos visitadas ou que nunca são visitadas.³²

Dificuldades

A *Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e das Crianças na Primeira Infância* identifica diversas dificuldades que se opõem às práticas correctas de alimentação dos recém-nascidos. Essas dificuldades têm de ser resolvidas para se melhorarem especialmente as taxas de amamentação.

Melhoramentos nos serviços de apoio alimentar dos sistemas de saúde

Consciencialização dos decisores de políticas a todos os níveis.

Os decisores de políticas pensam deste modo: “Quase todas as mulheres amamentam ao peito. Portanto, qual é o problema?”. Os decisores de políticas e os gestores de programas têm de compreender quais são os custos sociais, humanos e económicos das práticas incorrectas de amamentação. De contrário, um ambiente político não favorável neste domínio pode conduzir a um investimento insuficiente nos programas de protecção e de promoção da amamentação correcta. Os profissionais de

saúde, as organizações voluntárias, os líderes comunitários e os membros das famílias devem igualmente reconhecer e promover a importância de se melhorar a alimentação das mulheres e as práticas de amamentação.

Apoio aos profissionais de saúde. A maior parte das mulheres diz que os profissionais de saúde são a sua principal fonte de informações sobre a alimentação dos lactentes. Devem por isso ser formados e equipados para darem apoio à alimentação materna e à amamentação, assim como para prestarem assistência de qualidade e adequada ao domicílio e nos serviços de saúde. A maior parte das vezes, isto não acontece: os temas que aqui mais interessam não são tratados adequadamente na formação escolar recebida antes da entrada na vida profissional activa. Para aconselhar com êxito as mães sobre a amamentação, os profissionais de saúde têm de ser competentes no manejo da lactação e ser especializados em aconselhamento sobre amamentação e alimentação dos lactentes no contexto do VIH. Os Princípios da Iniciativa Hospitalar “Baby-Friendly” deverão tornar-se uma prática clínica normal e ser integrados no ensino recebido antes da vida profissional activa e no decurso da formação contínua. O curriculum dos profissionais de saúde deve também manter-se tecnicamente actualizado na área da alimentação e incluir formação sobre aconselhamento e competências de negociação. Alguns países, incluindo a Etiópia, o Gana e Madagáscar, conseguiram preencher estas lacunas melhorando os curricula do ensino formal, antes da entrada na vida profissional, em todas as escolas médicas e paramédicas mais importantes, tomando como base o que se designa por acções essenciais de nutrição.

Número e qualidade de hospitais e de serviços de saúde “amigos dos bebés” (Baby-friendly). A rotatividade do pessoal, a falta de recursos para formação contínua em serviço, os problemas de saúde concorrentes e as confusões e preocupações acerca do VIH tiveram como resultado um declínio nas práticas benéficas e aprazíveis para os bebés em muitos serviços que tinham sido certificados como benéficos e aprazíveis para eles. A dificuldade a vencer consiste em manter a qualidade dos cuidados de saúde prestados em hospitais com aquelas características e alargar a iniciativa para que inclua actividades que ultrapassem o período pós-natal imediato e prestem também apoio à amamentação em casa e na comunidade.

Formação especial para profissionais de saúde na área da alimentação de bebés extremamente vulneráveis.

Os bebés de pequena dimensão, especialmente os prematuros, precisam de apoios adicionais que facilitem a amamentação. As actuais directrizes para o VIH e para a alimentação dos lactentes, bem como os manuais dos cursos de formação e de aconselhamento (vide recursos programáticos listados no final desta secção) têm de chegar ao conhecimento dos decisores de políticas, dos gestores, dos supervisores e dos profissionais de saúde para que se implementem estes programas nos países africanos.

Como chegar aos grupos pouco acessíveis

Mães primíparas e raparigas adolescentes. Aproximadamente metade das mulheres africanas engravidada pela primeira vez com 19 anos de idade. Estas mães correm um elevado risco de darem à luz bebés prematuros e com baixo peso à nascença, pelo que necessitam de apoio extra para iniciar e manter boas práticas de amamentação e para saber gerir situações especiais de alimentação. Adoptar cedo práticas saudáveis de alimentação e bons hábitos de saúde irá influenciar positivamente a saúde futura. Este grupo necessita igualmente de apoio prático e emocional para protecção da sua própria nutrição e saúde, incluindo noções de planeamento familiar.

Partos em casa. Quase 60 por cento das mulheres da África Sub-Sahariana não têm a seu lado um assistente especializado durante o parto.⁶ Numa avaliação de cuidados de saúde e de manejo de doenças de recém-nascidos feita em 14 serviços de saúde de África verificou-se que cerca de 80 por cento das mulheres foram à consulta pré-natal pelo menos uma vez, mas só 30 por cento voltaram para que o parto ocorresse num serviço de saúde.³³ Esta realidade faz salientar a importância dos serviços e dos programas baseados na comunidade para incrementarem a prática da amamentação precoce e exclusiva e para ajudarem a manter boas práticas alimentares em casa.

Mães e bebés que vivem em condições difíceis. As mulheres e os bebés que vivem em campos de refugiados e em locais onde

se vivam situações de emergência correm riscos especiais de infecções e de doenças e muitas vezes têm menos acesso a qualquer apoio para a amamentação e a alimentação.

Como ligar os serviços de saúde com as comunidades. A 10ª medida da Iniciativa Hospitalar “Baby-Friendly” - acções de proximidade com a comunidade - é a menos desenvolvida das Dez Medidas (Vide Caixa III.6.4). Poucos países implementam activamente esta componente fundamental, e o processo de referenciação entre a comunidade e o serviço de saúde é muitas vezes frágil.

Como vencer obstáculos familiares e comunitários

Muitas sociedades consideram que o colostro é “sujo” e por isso as mães deitam-no fora e dão aos seus recém-nascidos alimentos pré-lacteos, como manteiga, água açucarada e misturas de plantas. Quando começam a amamentar, continuam muitas vezes a dar líquidos como chá, água açucarada e sumos, não percebendo que 88 por cento do leite materno é constituído por água e satisfaz as necessidades de água de um bebé, mesmo nos climas quentes.

Pesquisas qualitativas podem identificar a razão por que existem estas práticas de nutrição deficiente e de alimentação dos lactentes. É o conhecimento de facilitadores e de obstáculos locais às boas práticas de nutrição que deve orientar a criação de mensagens e de estratégias para qualquer programa concebido para alcançar audiências específicas, conforme se demonstra na Caixa III.6.5.

CAIXA III.6.5 Resolver o problema das dificuldades que se opõem à iniciação precoce da amamentação

O Serviço de Saúde do Gana e o Projecto LINKAGES financiado pela USAID trabalharam com uma rede de parceiros governamentais, internacionais, não governamentais e institucionais para melhorar a alimentação dos bebés e das crianças de pouca idade no norte do Gana. Dar água ao bebé após o parto era uma prática profundamente enraizada e a amamentação não exclusiva era a norma. Por essa razão conceberam-se mensagens para apelar a diversas audiências (mulheres grávidas, mães de crianças com menos de dois anos, pais e avós):

- Mães: ponham o vosso bebé ao peito imediatamente após o parto para terem a garantia de um começo saudável tanto para vós como para o vosso filho. Isso ajudará a diminuir as hemorragias e irá proteger o vosso filho contra as infecções. O leite amarelo é a maneira de Deus dar as boas-vindas ao vosso bebé.
- Pais: um pai sabedor e sensato incita à amamentação exclusiva para que o seu filho cresça forte, saudável e inteligente
- Avós: o leite materno tem tudo de que o vosso neto necessita para satisfazer e saciar a sua fome e a sua sede

O projecto, que alcançou 3,5 milhões de pessoas, criou um conjunto de postais ilustrados com conselhos dirigidos às grávidas e às mães e outro conjunto dirigido às avós e aos assistentes tradicionais de partos. As mensagens para os pais foram colocadas em posters, t-shirts e calendários. Deu-se formação aos profissionais de saúde e aos membros de clubes de mães para transmitirem mensagens importantes a estas várias audiências. A partir de 2000 até 2003 assistiu-se a grandes melhorias na iniciação atempada da amamentação, que passou de 32 por cento para 40 por cento e, na amamentação exclusiva, de 68 por cento para 79 por cento.

Fonte: Adaptado da referência³⁴

Medidas práticas para melhorar e integrar as acções essenciais de nutrição nos programas dos serviços de SMNI

A *Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e das Crianças na Primeira Infância* sugere algumas acções para proteger, promover e apoiar práticas de alimentação adequadas. Outros documentos como o intitulado *O VIH e o Quadro de Acções Prioritárias para a Alimentação de Lactentes* (*VIH and Infant Feeding Framework for Priority Action*) e o *Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno* (*International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*) recomendam políticas importantes relativas à alimentação dos lactentes.

Fases do planeamento

O Guia da OMS/UNICEF para o *Planeamento da Implementação Nacional da Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância* propõe o seguinte processo de planeamento em seis fases para se criar uma estratégia específica de cada país:

1. Identificar e orientar as principais partes interessadas e preparar a criação de uma estratégia abrangente
2. Avaliar e analisar a situação local
3. Definir objectivos nacionais preliminares
4. Identificar e ordenar as medidas a tomar segundo a sua prioridade
5. Desenvolver uma estratégia nacional
6. Desenvolver um plano de acção nacional
7. Implementar e monitorizar o plano

A *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância* está a ser implantada pelos governos em coordenação com uma diversidade de parceiros, em mais de 20 países da região africana. As lições retiradas de programas nacionais em grande escala que melhoraram as práticas globais de alimentação podem orientar a implementação dos programas. Descrevem-se a seguir algumas fases importantes:

Rever políticas de alimentação existentes e reforçá-las se necessário. As directrizes internacionais para as políticas dedicadas às acções sobre a alimentação de que necessitam as mulheres e as crianças na primeira infância devem servir como base técnica para os gestores de programas relativamente ao planeamento, implementação e melhoramento de programas destinados a melhorar a alimentação das mulheres e das crianças na primeira infância, incluindo os recém-nascidos.

Criar e cultivar parcerias. Uma rede de parceiros que envolva líderes governamentais, ONG, parceiros privados, universidades, agências de desenvolvimento e personalidades da imprensa e da rádio pode facilitar um progresso rápido e ajudar a divulgar mensagens importantes a uma audiência mais vasta.

Aplicar uma estratégia para alteração de comportamentos a todos os níveis. Mensagens harmonizadas entre todos os programas e indicadores normalizados permitem a existência de um alvo comum e de uma estrutura partilhada. Para persuadir as mães e as comunidades com algumas mensagens fundamentais sobre a alimentação, devem utilizar-se canais de comunicação eficazes que incluam os meios de comunicação social e as actividades de mobilização da comunidade.

Aproveitar as múltiplas possibilidades dos programas e dos pontos de contacto. Os programas existentes dentro e fora do sector da saúde podem proporcionar muitas possibilidades de se alcançarem as mulheres grávidas e em lactação, bem como os recém-nascidos. Deve procurar-se integrar as práticas de alimentação dos lactentes e das crianças na primeira infância, o aconselhamento, a supervisão e a formação de profissionais de

saúde em programas como os de vacinação, de Atenção Comunitária Integrada às Doenças da Infância (AIDI-C), de desenvolvimento precoce da infância, de planeamento familiar e de atenção integrada à gravidez e ao parto. (Vide Secção III capítulos 5 e 9)

Melhorar as competências dos prestadores de serviços. Os prestadores de serviços precisam de formação especializada em comunicação interpessoal para aconselhar e para negociar com as mulheres a nutrição e a alimentação dos lactentes. A formação de curto prazo em nutrição e em capacidades de comunicação pode ser integrada nos programas existentes. Já existe uma certa variedade de métodos e instrumentos de formação. (Vide recursos programáticos no final da Secção III.3)

Melhorar o apoio à logística para a prestação de serviços. Os produtos necessários para se adoptarem algumas das práticas de alimentação recomendadas devem estar disponíveis e acessíveis. Esses produtos incluem os suplementos de ferro/ácido fólico, as cápsulas de vitamina A, os anti-helmínticos, os medicamentos contra a malária, as redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e os equipamentos de comunicação. A necessidade de sistemas integrados de aprovisionamento para os programas de SMNI é debatida na Secção IV.

Monitorizar e avaliar indicadores fundamentais para melhorar o processo de tomada de decisões. Logo que os indicadores fundamentais sejam seleccionados e que sejam estabelecidas as ligações, é essencial proceder à monitorização e à avaliação da alimentação e de outros resultados dos serviços de SMNI. Estes indicadores devem ser incluídos nos mecanismos de monitorização já existentes e nas estruturas de notificação.

CAIXA III.6.6 Melhorar as acções essenciais no domínio da alimentação em Madagáscar

Em 1997 foi criada em Madagáscar uma coligação intersectorial sobre alimentação. Foi criado o Grupo de Acção Intersectorial para a Alimentação (GAIN), presidido pela Divisão de Alimentação do Ministério da Saúde, que recebeu o apoio da USAID, da UNICEF, e do Banco Mundial. O grupo GAIN alargou-se a mais de 75 representantes de 50 organizações, incluindo ministérios governamentais (saúde, finanças, educação, agricultura, comércio e população) e a representantes da comunidade de doadores e de organizações não governamentais. Os aspectos fundamentais da estratégia de introdução de melhoramentos incluíram:

- **Visão** Foi criada desde o início, pelos membros do GAIN, uma visão partilhada para conseguir que a coligação tivesse dimensão
- **Ampla cobertura** De nombreux partenaires, surtout les grands programmes sur le terrain avec une vaste portée (projet bilatéral de l'USAID, programme de zone soutenue par l'UNICEF et projet Secaline de la Banque mondiale) y ont participé. De multiples programmes ont présenté des points d'entrée
- **Especificidade** Logo de início, a atenção foi orientada para as melhores práticas de alimentação, mas no contexto global de acções de nutrição essenciais
- **Harmonização** Os parceiros chegaram a consenso, pelo que toda a gente “cantava a mesma canção ao mesmo tempo”
- **Apoio a todos os níveis** Receberam apoio os grupos a nível nacional (criação de políticas e de protocolos, e de curricula académicos antes da entrada na vida activa profissional), a nível regional e distrital (A Iniciativa dos Hospitais “Amigos dos Bebés”, o grupo de desenvolvimento das competências do pessoal de saúde), e a nível comunitário (a formação de profissionais de saúde nos serviços de nível básico, o pessoal das ONG, e os membros da comunidade)
- **Formação de curto prazo baseada nas competências** Os módulos de formação de curto prazo com base nas competências incluíram as competências de aconselhamento e de negociação que foram facilmente integradas nos programas de sobrevivência das crianças, nos de saúde reprodutiva e nos de nutrição



- **Modificação de comportamentos** Utilizaram-se a todos os níveis estratégias de modificação de comportamentos especialmente orientadas para as mães para se conseguirem as melhores práticas de nutrição, estratégias que muitas vezes tiveram como base pequenas acções que se sabia que iriam ter bons resultados. As mensagens fundamentais foram também melhoradas com canções, com “jingles”, e com pequenas frases publicitárias emitidas através da rádio e da televisão, com cassetes fornecidas aos motoristas de táxis e de autocarros, e através da imprensa (jornais e simples boletins noticiosos de aldeia)
- **Voluntários da comunidade** Deu-se formação aos membros dos grupos de mulheres para, como voluntárias da nutrição e da alimentação, apoiarem os profissionais de saúde localizados nas unidades básicas dos serviços de saúde
- **Monitorização e avaliação** Recolheram-se anualmente indicadores-chave e resultados que foram partilhados com todos os parceiros

Esta metodologia foi implementada em locais onde estavam em curso programas e alcançou 6,3 milhões de pessoas de um total de 19 milhões. Ao longo de um período de quatro anos, a iniciação atempada da amamentação aumentou de 46 por cento para 68 por cento nas áreas abrangidas pelos programas, e a amamentação exclusiva aumentou de 46 por cento para 68 por cento. A nível nacional, entre 1997 e 2003, a iniciação precoce da amamentação aumentou de 34 por cento para 62 por cento e a amamentação exclusiva aumentou de 47 por cento para 67 por cento, segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde de Madagáscar.

Fonte: Adaptado da referência³⁵

Um método nacional adoptado em Madagáscar usou estas fases para melhorar as acções essenciais aos comportamentos alimentares e os resultados obtidos traduziram-se em grandes modificações dos comportamentos (Caixa III.6.6).

Conclusão

A amamentação e outras acções alimentares contribuem para uma melhor saúde ao longo da vida. Os recém-nascidos sobrevivem, as crianças desenvolvem-se e crescem, e as mulheres bem alimentadas têm gravidezes saudáveis e vivem vidas mais produtivas. O custo da promoção da alimentação, recorrendo-se apenas a duas consultas domiciliárias, é incontestavelmente acessível em países com elevadas taxas de mortalidade.¹¹ Os esforços a desenvolver devem concentrar-se no aproveitamento de oportunidades para a promoção da alimentação previstas nos programas existentes. Significa isto que se deve dar relevo às parcerias harmonizando os métodos no terreno para se conseguirem as melhorias pretendidas, e abordando a saúde dos recém-nascidos no contexto dos cuidados continuados de saúde das mulheres, dos cuidados neonatais e da sobrevivência, do crescimento e do desenvolvimento das crianças.



Acções prioritárias para melhorar as acções no domínio da nutrição

- Rever as políticas alimentares existentes no contexto da Estratégia para a Alimentação de Lactentes e de Crianças na Primeira Infância e, se necessário, melhorá-las e a imposição do cumprimento de quadros legais de apoio, como o Código Internacional para a Comercialização de Substitutos do Leite Materno
- Criar e cultivar parcerias e harmonizar mensagens
- Aplicar uma estratégia para a modificação de comportamentos a todos os níveis: domicílio, comunidade e serviços de saúde distritais e nacionais
- Aproveitar as múltiplas possibilidades que os programas oferecem, para alargar a cobertura às grávidas, às mulheres em lactação, e aos recém-nascidos
 - Aumentar as capacidades através da formação de curto prazo baseada nas competências, e melhorar a educação académica recebida antes da entrada na vida profissional activa
 - Melhorar o apoio logístico ao parto, especialmente as existências de suplementos de micronutrientes
- Melhorar a recolha de dados para tomada de decisões

Programas de prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho

Lily Kak, Inam Chitsike, Chewie Luo, Nigel Rollins

Todos os anos, mais de meio milhão de recém-nascidos são infectados com o VIH na África Sub-Sahariana através da transmissão vertical de mãe para filho (TVMF). De todas as crises da região africana, a do VIH/SIDA foi a que atraiu o maior apoio político e os maiores recursos. Os programas para a prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho (PTV) incluem o teste e o aconselhamento pré-natal sobre o VIH, o modo de evitar a gravidez não desejada, a aplicação do regime anti-retroviral adequado às mães e aos recém-nascidos, e o apoio para as opções e práticas mais seguras de alimentação de lactentes. Contudo, apesar dos esforços para melhorar a situação, menos de dez por cento das mulheres grávidas africanas infectadas com o VIH beneficiam de intervenções para reduzir a TVMF.¹ Até nos locais onde existe profilaxia eficaz para prevenir a transmissão durante a gravidez e o parto há muitas vezes lacunas importantes na prestação de serviços no período pós-natal. Poucos programas de PTV conseguem alcançar as mães e os recém-nascidos, após estes terem alta, para prestarem apoio às opções de alimentação do lactente ou para prestarem cuidados de saúde e tratamentos continuados.

A maioria das intervenções de PTV tem por objectivo a identificação das mães seropositivas e a prevenção das infecções com o VIH nos lactentes. Simultaneamente, os programas de saúde materno-infantil (SMNI) têm por objectivo garantir a sobrevivência das crianças ameaçadas por causas de morte “tradicionais” especialmente durante o período neonatal de alto risco. O risco de morte de recém-nascidos em África é elevado; muitas destas mortes poderiam ser evitadas com simples medidas aplicadas durante o período pós-natal, que é também uma ocasião importante para o seguimento da PTV.

O programa para as crianças denominado *Sobrevivência sem VIH* põe em destaque a proposta inelutável de integrar a PTV com os serviços de SMNI. Com efeito, o investimento na PTV ficará salvaguardado pela garantia de execução de intervenções simples, através dos serviços de SMNI, para promover a sobrevivência das crianças. O desafio com que nos deparamos é o de saber como proceder à integração dos programas de PTV com os de SMNI.



Problema

A crise do VIH em África é título de Caixa Alta nos meios de comunicação social. Mesmo em países onde a liderança é ambivalente em relação ao tratamento de adultos, há muitas vezes um empenho claro no que se refere à PTV do VIH. Em África, as taxas de infecção pelo VIH entre as mulheres grávidas variam entre 15 e 40 por cento nos países com a prevalência global mais elevada de VIH, representando as mulheres em idade fértil mais de 55 por cento dos adultos infectados com o vírus.¹ Este esmagador fardo é suportado por mulheres e bebés, pelas suas famílias, pela sociedade e pelo sistema de saúde.

Efeitos nas mulheres: O VIH está a converter-se na causa principal de morte das mulheres nalgumas localidades africanas. As mulheres grávidas com VIH correm neste momento um risco maior de complicações durante e após o parto. Começam a surgir evidências de que as mulheres infectadas com VIH são mais susceptíveis a infecções pós-natal e apresentam também taxas mais elevadas de complicações pós-natal do que as mulheres não infectadas, independentemente do facto de o parto dos seus bebés ter ocorrido por via vaginal ou por cesariana.² Nalguns países da África Sub-Sahariana, a mortalidade materna devida a infecções oportunistas é uma causa muito importante de mortes maternas. Num estudo que cobriu 50 anos de mortes maternas na África do Sul constatou-se que os recentes aumentos das taxas de mortalidade materna se devem fundamentalmente a um aumento das infecções associadas ao VIH/SIDA e não a infecções relacionadas com a gravidez, o que faz com que o VIH/SIDA seja a causa mais frequente de mortalidade materna (18 por cento) neste país.³ Na Zâmbia, calculou-se que o rácio de mortalidade materna no Hospital Escolar Universitário de Lusaka (Lusaka University Teaching Hospital), em 1997, era de 921 por cada 100 000 nados-vivos, um aumento significativo em relação às 160 mortes ocorridas em 1974 e às 667 de 1989. Durante o mesmo período, as causas de morte materna modificaram-se, tendo havido um declínio (94 por cento para 42 por cento) nas causas directas e um acréscimo (6 por cento para 57 por cento) nas mortes devidas a infecções oportunistas.⁴ Além de um risco acrescido de infecções, o VIH aumenta também a susceptibilidade para outros problemas de saúde; por exemplo, as mulheres que vivem em áreas empobrecidas correm maiores riscos de desnutrição se forem seropositivas.

Efeitos nos recém-nascidos: Embora o VIH/SIDA não seja uma importante causa directa de morte neonatal, o estado da mãe relativamente ao VIH afecta a sobrevivência dos recém-nascidos ao causar um risco acrescido de nados-mortos e de morte no período neonatal e no de lactação, mesmo entre os bebés que não se tornam seropositivos.⁵ Os recém-nascidos de mães seropositivas têm maiores probabilidades de nascerem com baixo peso (BPN), ou de serem prematuros e apresentarem índices de Apgar baixos, o que os sujeita a maiores riscos de morte.^{6,7} Se bem que os bebés nascidos de mães seropositivas sejam susceptíveis à contracção da infecção, as mulheres que sejam infectadas com o VIH durante a gravidez ou enquanto amamentam expõem-se a um risco extremamente elevado de transmitirem a infecção aos seus recém-nascidos.⁸⁻¹⁰ A interacção do VIH com outras infecções e os efeitos indirectos do VIH, como a pobreza e a doença materna, contribuem igualmente para maus resultados nos recém-nascidos. Além disso, as informações confusas acerca das opções alimentares relativamente às mulheres seropositivas, combinadas com a existência de fórmulas comerciais de nutrição infantil nas comunidades pobres com taxas elevadas de mortalidade infantil, tiveram como resultado a diminuição da amamentação em geral e um efeito de arrasto sobre os comportamentos das mães não infectadas com o VIH relativamente à amamentação e, obviamente, também sobre os seus filhos.^{11,12}

Efeitos nas crianças: A Sida é uma importante causa de mortalidade e de morbilidade após o primeiro mês de vida em muitos países africanos. As crianças infectadas com o VIH correm um risco significativamente maior de morte provocada pelo *pneumocystis jiroveci* pneumonia (PCP), e pelas complicações relacionadas com o VIH, como a incapacidade de se desenvolverem. Calcula-se que a SIDA causou seis por cento de mortes em crianças com menos de cinco anos de idade na África Sub-Sahariana em 2000.^{13,14} Contudo, em seis países da África Austral, incluindo os que tiveram êxito em reduzir as mortes infantis devidas a outras causas anteriores à epidemia de SIDA, a SIDA é agora a causa de mais de um terço de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos: Botsuana (54 por cento); Lesoto (56 por cento); África do Sul (57 por cento); Namíbia (53 por cento); Suazilândia (47 por cento); e Zimbabué (41 por cento).¹ Se não houver qualquer intervenção para impedir a transmissão, como acontece em relação à maioria das mães africanas, cerca de um terço de todas as crianças nascidas de mães seropositivas adquirirão a infecção. Este risco contrasta fortemente com o dos países de rendimentos elevados porque as taxas de transmissão são inferiores a dois por cento, e há uma eliminação quase total do VIH pediátrico.¹⁵



Efeitos nas famílias e na sociedade: O VIH provoca muitos efeitos indirectos. Por exemplo, as famílias em que os pais estejam doentes com SIDA são muitas vezes famílias empobrecidas devido ao desemprego e a elevadas contas médicas a pagar. Por conseguinte, mesmo as crianças que escapam à infecção com o VIH, os cuidados domésticos e a procura de cuidados no exterior ficam frequentemente comprometidas. Quando uma mãe seropositiva avança em direcção às fases finais da SIDA, os seus filhos ficam 3,5 vezes mais expostos a falecer, seja qual for o seu estado infeccioso, e têm uma probabilidade quatro vezes maior de morrerem quando a mãe morre.¹⁶ A perda dos pais constitui um mal adicional para as famílias e um esforço extra para a sociedade. A epidemia já produziu cerca de 12 milhões de órfãos no continente; nove por cento de todas as crianças terão perdido pelo menos o pai ou a mãe devido à SIDA, e em cada seis lares com crianças está a tratar de órfãos.¹

Efeitos no sistema de saúde: Os efeitos da epidemia de VIH no sector da saúde têm consequências graves para todos. O sorvedouro sobre os sistemas de saúde locais provocado pela sobrecarga de trabalho, assim como pelas mortes de profissionais de saúde infectados, afecta todos os aspectos da prestação de serviços de saúde e os recém-nascidos são especialmente vulneráveis a essa situação. Por exemplo, 15 de entre 27 distritos do Malawi têm menos de 2 enfermeiras por unidade de saúde, um problema que é exacerbado pelo VIH/SIDA.¹⁷ Só alguns países africanos, especialmente a Suazilândia e a Zâmbia, possuem programas para aconselhar, apoiar e tratar profissionais de saúde expostos ao VIH.

A identificação precoce dos recém-nascidos expostos ao VIH e infectados é especialmente importante porque eles correm um grande risco de infecções que podem ser mortais, como a PCP, a tuberculose e as deficiências nutritivas. Além disso, é maior a probabilidade de o tratamento de outras infecções como a malária e a diarreia ser mais complicado, o que pode ter como resultado a hospitalização e a morte entre os recém-nascidos e os lactentes infectados com o VIH. As interações complexas entre o VIH e a saúde e a sobrevivência materna e dos recém-nascidos estão pormenorizadas na Caixa III.7.1.

A parte restante deste capítulo traçará um panorama do actual pacote da PTV e da cobertura das intervenções durante a gravidez e no período pós-natal. Descreveremos as possibilidades existentes de integração das quatro componentes dos programas de PTV com os programas do serviço de SMNI. Também se discutirão as dificuldades que se enfrentam, juntamente com as medidas práticas que se podem tomar para as resolver.

CAIXA III.7.1 Interações do VIH com a saúde e a sobrevivência materna, do recém-nascido e da criança

- **Malária:** A infecção com o VIH durante a gravidez aumenta a prevalência e os efeitos da malária,¹⁸ isto é, provoca um efeito de “bola de neve”. A malária e a infecção com VIH estão independentemente associadas com um acréscimo de risco de anemia materna, de baixo peso à nascença (BPN), e de limitação do crescimento do feto. A infecção dupla ou simultânea com malária e VIH está associada a risco acrescido de morte materna, perinatal e precoce do lactente, quando comparada com infecção por apenas uma das doenças. As crianças nascidas de mulheres infectadas com o VIH e com malária têm quase o dobro de probabilidades de nascerem com baixo peso quando comparadas com as nascidas de mães só com malária ou com o VIH.¹⁹ (Secção III capítulo 8)
- **Tuberculose:** A tuberculose (TB) na gravidez está a aumentar no contexto do VIH. As infecções com VIH e com TB estão independentemente associadas com um risco aumentado de mortalidade materna e perinatal; o impacto da infecção dupla com o VIH e com TB é ainda mais grave, e tem como resultado um risco maior de partos prematuros, de BPN e de atraso no crescimento intra-uterino.²⁰ Evidências recentes obtidas em Durban, África do Sul, revelaram que as taxas de TB aumentaram entre as mulheres grávidas infectadas com o VIH e que as infecções com TB duplicaram entre os recém-nascidos e as crianças na primeira infância. O efeito sinérgico do VIH na TB durante a gravidez torna-se claro a partir da experiência de Durban: 54 por cento das mortes maternas causadas pela tuberculose foram atribuídas à infecção pelo VIH, e 35 por cento destas mortes estiveram associadas com nados-mortos.²¹
- **Infecções Sexualmente Transmitidas:** há uma forte associação entre o VIH e as infecções sexualmente transmitidas (IST), dado que uma IST não tratada pode aumentar o risco de aquisição e de transmissão do VIH. De todas as IST, a sífilis é uma das causas mais importantes de resultados adversos da gravidez nos países em desenvolvimento.²² Quando

emparelhados com os cuidados pré-natais, os programas de prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV) possibilitam a implementação de programas de rastreio da sífilis, universalmente recomendados, mas raramente implementados. (Secção III, capítulos 1 e 2)

- **Pneumonia Pneumocystis:** A pneumonia pneumocystis associada com a SIDA aumenta o risco de BPN, especialmente através dos partos prematuros.²³⁻²⁶ Os partos prematuros aumentam os riscos de hipotermia e de infecções neonatais.
- **Deficiências nutritivas:** as deficiências nutritivas aumentam os efeitos do VIH e da SIDA e, por sua vez, o VIH pode conduzir a deficiências nutritivas. Mais de metade das mulheres grávidas africanas são anémicas e a infecção pelo VIH e pela malária nessas mulheres aumenta o risco de anemia materna. A anemia está associada a um risco acrescido de transmissão do VIH de mãe para filho, assim como a uma reduzida taxa de sobrevivência das mulheres e dos seus bebés infectados com o vírus, independentemente da progressão da doença com VIH e da insuficiência imunitária.²⁷ A gravidez e a lactação são períodos de stress alimentar para todas as mulheres. Embora não se tenha provado que, só por si, a gravidez pode causar uma progressão mais rápida da doença, a verdade é que as mulheres seropositivas, incluindo as que estão grávidas ou em lactação, correm um maior risco de alimentação deficiente. As necessidades de energia para manter o peso corporal aumentam provavelmente de cerca de dez por cento durante uma infecção assintomática e de até 30 por cento durante infecções secundárias.²⁸ A integração dos programas de PTV e de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) possibilita que se melhore o aconselhamento sobre a qualidade da alimentação materna e da dieta, assim como sobre a diminuição e/ou o tratamento da anemia. (Secção III capítulos 2 e 5)
- **Infecções neonatais:** devido ao estado imunitário comprometido dos recém-nascidos expostos ao VIH, os conselhos sobre os cuidados higiénicos do cordão umbilical e sobre a prevenção das infecções são mensagens importantes para as mães e para os profissionais de saúde. As mães devem ser proactivas quanto à prevenção das infecções nos seus recém-nascidos, e os profissionais de saúde também o deverão ser quanto ao diagnóstico das infecções pelo VIH entre as crianças expostas, detectando e tratando rapidamente todas as infecções que detectem. Deverão igualmente administrar cotrimoxazol profiláctico aos bebés infectados com o VIH.

Pacote

Uma PTV inclusiva e completa inclui as seguintes quatro dos cuidados continuados de saúde:

Componente 1. Prevenir as infecções pelo VIH nas mulheres em idade fértil

Componente 2. Evitar as gravidezes indesejadas entre as mulheres seropositivas

Componente 3. Prevenir a transmissão do VIH de uma mulher seropositiva para o seu filho, durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e a amamentação através de:

- Aconselhamento sobre o VIH e execução de testes
- Medicamentos anti-retrovirais como profilaxia
- Terapêutica anti-retroviral a aplicar a quem isso seja indicado
- Práticas alimentares mais seguras

Componente 4. Prestar serviços de seguimento e outros cuidados de saúde, apoio e tratamento das mulheres seropositivas, dos seus filhos e famílias

Terapia anti-retroviral: as novas directrizes da OMS sobre a PTV 29, relativas à profilaxia medicamentosa recomendam que se administre às mulheres grávidas seropositivas o medicamento azidotimidina (AZT) a partir das 28 semanas, combinado com uma dose única de nevirapina durante o parto à mãe e ao bebé. De preferência, as mães deverão receber mais uma semana de tratamento com AZT e de 3TC após o parto, a fim de reduzir a

probabilidade de desenvolvimento de resistência viral à Nevirapina. Estes regimes, embora muito eficazes nos ensaios clínicos, não foram implementados em grande escala em locais com elevada prevalência de VIH. Falta por conseguinte experiência de rotina nos sistemas de saúde, e saber se um pacote integrado de Controlo Pré-Natal e de Controlo Pós-Natal pode ser elaborado com êxito para melhorar a disponibilidade, a sustentabilidade e a adesão a estes regimes profilácticos. As ligações do sistema de saúde que estas novas directrizes requerem servem para sublinhar a importância de se integrar a PTV com os SMNI, especialmente nos programas de cuidados de saúde pós-natal.

Práticas de alimentação mais seguras: as dificuldades especiais relacionadas com a alimentação de lactentes por mães seropositivas devem ser motivo de reflexão e constituem oportunidades para se melhorarem as ligações entre os programas de PTV e os serviços de SMNI. Actualmente, a OMS recomenda que se evite sempre a amamentação por mães seropositivas se for aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro que a alimentação se faça logo a partir do parto por meio de alimentos de substituição. Contudo, não amamentar está associado com riscos acrescidos de diarreia e de pneumonia; por conseguinte, é necessário um aconselhamento individual cuidadoso e um apoio contínuo.³⁰ Caso contrário, o que se recomenda é a amamentação exclusiva durante os primeiros dois meses, ou enquanto subsistam aquelas duas enfermidades. A amamentação exclusiva pode ter como consequência uma menor possibilidade de transmissão do VIH do que se a amamentação for apenas parcial (isto é, leite materno mais leite animal ou

alimentos sólidos). A alimentação mista, seja ou não a mãe seropositiva, está também associada com riscos mais elevados de morbilidade, de hospitalização e de morte.³¹ (Secção III, capítulo 5)

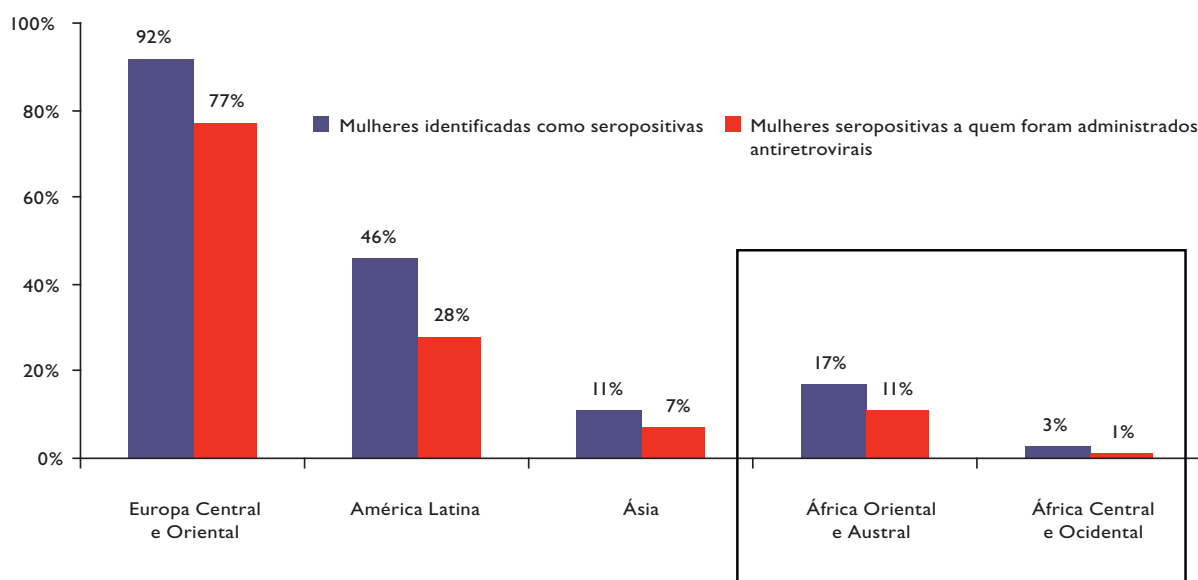
Cobertura, progressos e tendências actuais

Na maioria dos países africanos existem serviços de PTV, mas a cobertura é limitada e a sua utilização varia entre os países e dentro de cada país. Em 1998 tiveram início os primeiros projectos-piloto para demonstrar a viabilidade dos programas de PTV nos países com elevada prevalência de VIH. Em 2004, apenas dez por cento de mulheres foram sujeitas a testes de VIH através dos serviços de PTV, e só 8,7 por cento das mulheres grávidas seropositivas receberam tratamentos profilácticos anti-retrovirais (ARV) globais. Na África Oriental e Austral, onde são mais necessários estes serviços, identificaram-se como seropositivas 17 por cento de mulheres através de rastreios do VIH nos serviços de PTV e só 11 por cento do total projectado de mulheres grávidas

seropositivas receberam profilaxia ARV. Na África Ocidental e Central, a cobertura é ainda menor: só três por cento das mulheres infectadas foram identificadas, e apenas um por cento receberam profilaxia ARV (Figura III.7.1). Este défice não inclui as mulheres que ficam infectadas durante a gravidez, altura em que elas parecem ficar especialmente vulneráveis às infecções. Alguns relatórios sugerem que em locais onde a prevalência de VIH é elevada, cerca de cinco por cento das mulheres grávidas podem ficar infectadas. O défice também não inclui mulheres que foram submetidas a testes de VIH nas fases muito iniciais da infecção, quando os anticorpos específicos do VIH não são ainda detectáveis (período de maior permeabilidade às infecções), e só poderiam ter sido identificados através de uma repetição do teste ao VIH às 36 semanas ou mesmo mais tarde. Trinta e nove países sub-saharianos implementaram programas de PTV, mas só dois deles, o Botsuana e a Maurícia, conseguiram uma cobertura universal.

O programa de sobrevivência infantil sem VIH requer estratégias claras para proteger as crianças das principais causas de morte

FIGURA III.7.1 Percentagem estimada de mulheres seropositivas identificadas e a receber profilaxia anti-retroviral (ARV), por região (2004)



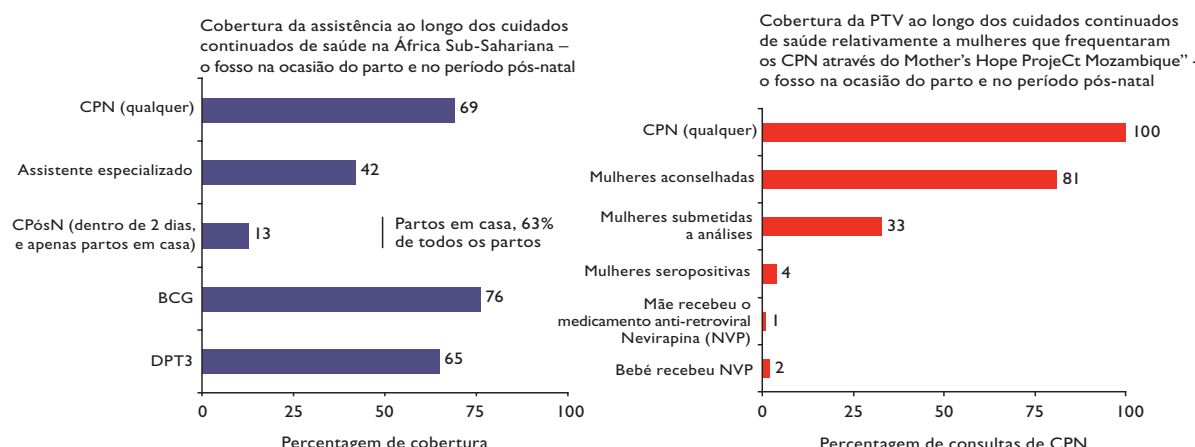
Fonte: Referência¹

e não apenas das infecções com o VIH. Em muitos países afectados com o VIH, a cobertura de cuidados de saúde é baixa para situações sanitárias fundamentais, tanto relativamente aos serviços de SMNI como aos programas de PTV. Isto resulta na cascata característica da redução de utilização dos serviços e da administração de intervenções nos momentos mais críticos, tal como se mostra na Figura III. 7.2. A continuidade dos cuidados aos indivíduos é um desafio adicional que afecta a qualidade dos serviços MNCH e PMTCT. Dados de um projecto de Moçambique ilustram este importante constrangimento tanto dos serviços de SMNI como dos de PTV.

A elevada aceitação de pelo menos uma consulta pré-natal (69 por cento) na África Sub-Sahariana sugere que o CPN representa uma porta de entrada ideal para as intervenções de PTV. Na ocasião do parto, contudo, menos de metade das mulheres têm

acesso a um assistente especializado, ou dão à luz num serviço de saúde. A prestação ou a aceitação de serviços pós-natal é ainda um ponto fraco dos serviços continuados de saúde destinados às mulheres e aos seus bebés. A maior parte das mulheres e dos seus recém-nascidos perdem-se para o sistema de saúde após o parto, mas, paradoxalmente, as taxas de vacinação para o Bacilo Calmette-Guérin (BCG) e as três doses de vacina contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano (DPT3) permanecem altas (76 e 65 por cento respectivamente), o que sugere que as famílias ainda estão ao alcance dos serviços de saúde formais.

FIGURA III.7.2 A cobertura dos pacotes de saúde materna, neonatal e infantil, e dos serviços de PTV, decresce por ocasião do parto e do período pós-natal



Símbolos usados: CPN = Controlo Pré-natal; CPósn = Controlo Pós-Natal; BCG = vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin; DPT3 = três doses de vacina contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano; MAN = medicamento antri-retroviral nevirapina.

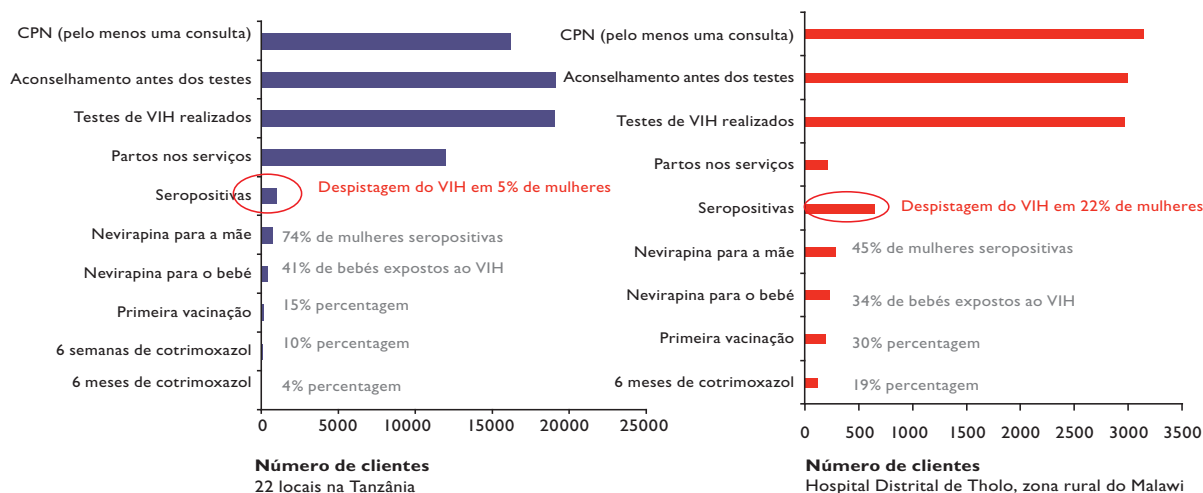
Fontes: CPN, assistente especializado durante o parto, vacinação contra o BCG, e DPT3, referência³², CPósn, retirado dos Inquéritos Demográficos e da Saúde de 1998-2005.

Nota: O CPósn refere-se a mulheres que receberam um check-up pós-natal dentro do espaço de 2 dias após o parto mais recente fora de um serviço de saúde e que foi aplicado a todas as utentes externas num serviço de saúde (63% de todos os partos). Vide notas aos dados na página 226, para mais pormenores. Os perfis dos países dão, para cada país, informações sobre a cobertura ao longo dos serviços continuados de saúde. O gráfico Mother's Hope Project baseia-se em 30 122 mães que frequentaram o CPN, da "Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation and Save the Children", Moçambique.

Alguns programas melhoraram as ligações entre os serviços de saúde materna, neonatal e infantil e os serviços de PTV. Nalguns casos em que isto aconteceu, a integração pareceu ser mais viável e eficaz no período pré-natal do que no período pós-natal, em parte porque os serviços de Controlo Pós-Natal são deficientes e estão mal definidos. Na Tanzânia e no Malawi (Figura III.7.3), a integração dos serviços e um modelo "de auto-exclusão" para os testes do VIH - em que todos os utentes do CPN são submetidos a testes do VIH se não optarem por ficar excluídos deles - permitiu alcançar taxas muito elevadas de testes ao VIH e de aconselhamento, entre os utentes do CPN. Porém, o número de partos nos serviços permaneceu muito inferior ao número dos Controlos Pré-Natais, e os serviços pós-natal às mães e às crianças foram constantemente sub-utilizados. Como consequência, cerca

de um quarto das mulheres infectadas do projecto tanzaniano e mais de metade das mulheres do hospital de Malawi ainda não receberam, durante o trabalho de parto, uma única dose de nevirapina, o medicamento anti-retroviral profilático disponível em ambos os países naquela altura, e dois terços dos bebés expostos ao vírus não receberam a sua correspondente dose de nevirapina dentro das 72 horas após o parto. A consequência das divergências entre os serviços pré-natais e pós-natal e o pequeno número de mães que utilizam os serviços são a perda de oportunidades nos cuidados essenciais aos recém-nascidos, assim como a não introdução de crianças expostas ao VIH nos planos de cuidados de saúde exaustivos, incluindo a profilaxia das infecções oportunistas, o controlo cuidadoso do crescimento, e a assistência alimentar.

FIGURA III.7.3 A integração da prevenção da transmissão de mãe para filho nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil é importante, especialmente para os cuidados de saúde pré-natal e pós-natal



Fonte: Referências^{33,34}

Os programas de PTV que dependem fundamentalmente de procedimentos executados nos serviços podem ter alcance limitado, especialmente nos locais onde muitas mulheres dão à luz em casa. Os programas em que se implementaram serviços de PTV com uma perspectiva domiciliária tiveram como resultado uma maior aceitação da dose única de nevirapina auto-administrada pelas mães, e um aumento da administração de nevirapina ao recém-nascido pela própria mãe. Um estudo revelou que 85 por cento das mulheres tomaram a sua dose de nevirapina na altura do parto, 84 por cento deram-na ao seu bebé, e a taxa de transmissão do VIH diminuiu de 19,4 por cento para 7,5 por cento.³⁵

Uma revisão feita aos últimos seis anos de implementação da PTV demonstra que houve progressos nalgumas áreas e que os progressos mais significativos consistiram no aumento generalizado da consciência quanto ao problema da transmissão vertical do VIH de mãe para filho, e na resposta dos responsáveis a nível governamental, conforme se refere na Caixa III.7.2. Apesar destes sinais encorajadores, os recursos e o empenho local para melhorar a qualidade dos serviços prestados a toda a população têm sido pouco animadores.

CAIXA III.7.2 Respostas políticas enérgicas à crise do VIH/SIDA

A nível global

- A 26ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) de 2001 centrou-se na questão do VIH/SIDA e o resultado final foi o compromisso de se reduzir a proporção de lactentes e de crianças infectadas com VIH, de 20% em 2005 e de 50% em 2010.
- A Resposta Presidencial de Emergência dos Estados Unidos, em 2003, e outras iniciativas, centraram-se no aumento do acesso à prevenção contra o VIH, nos cuidados de saúde e nos serviços de apoio, com uma atenção especial focalizada nas mulheres seropositivas, nos seus filhos e nas suas famílias.
- As nações do Grupo dos 8 (G8) renovaram e ampliaram em 2005 os compromissos que tinham assumido relativamente ao acesso, em 2010, ao tratamento e a serviços de apoio universal à prevenção contra o VIH, tendo em vista uma futura geração africana liberta de SIDA.
- A Campanha Global “Juntos Pelas Crianças, Juntos Contra a SIDA” lançada pela UNICEF em 2005, e o Programa Conjunto das Nações Unidas e parceiros sobre o VIH e a SIDA (UNAIDS), apela para que 80 por cento das mulheres seropositivas tenham acesso a anti-retrovirais para a prevenção da transmissão de mãe para filho (PTV).
- O Fórum de Alto Nível dos Parceiros Globais sobre a PTV, realizado em Abuja, Nigéria, em Dezembro de 2005, incluiu representantes de governos, de organismos internacionais, da sociedade civil, e de parceiros para o desenvolvimento. Lançou-se aí um apelo para a eliminação da transmissão do VIH de mãe para filho e para que se alcance o objectivo de uma geração liberta do VIH e da SIDA em todo o planeta. Salientou-se ainda a necessidade de se integrar a PTV em serviços de saúde materna, neonatal e infantil, interligando-a com outros programas de saúde e nutrição.

A nível nacional

- Os Ministérios da Saúde estão a desenvolver e a implementar políticas e programas de PTV, incluindo a Estratégia Global para a Alimentação dos Lactentes e das Crianças na Primeira Infância³⁶ a fim de promoverem a amamentação nas mães não infectadas com o VIH e opções o mais perfeitas possíveis para as mães seropositivas.
- Alguns países, especialmente o Botsuana, o Uganda, e o Senegal, adiantaram-se e estão a dar o exemplo, mostrando um elevado empenho em relação à PTV.

A nível da sociedade civil

- Um empenho forte da sociedade civil tem sido uma característica nos países que conseguiram inverter as tendências do VIH. Por exemplo: o envolvimento das ONG e das igrejas no Uganda fizeram alargar e melhorar o programa do governo.
- Na África do Sul, os grupos da sociedade civil têm exercido pressões constantes em todos os domínios para melhorar o acesso a tratamentos acessíveis e eficazes, incluindo uma melhor nutrição. Reuniões conjuntas da sociedade civil melhoraram a comunicação e a colaboração entre os sectores privados e públicos da saúde, o comércio e a indústria, e assim passaram a emitir apelos mais claros a favor de acções conjuntas no sentido do exercício de pressões em prol dos interesses comuns.

Possibilidades de integrar a PTV com os programas dos SMNI

Proteger os recém-nascidos do VIH é indispensável, mas mantê-los protegidos contra outras infecções comuns neonatais e da infância é também muito importante. Se assim não for, os bebés livres de VIH correm ainda risco de morte provocada por outras enfermidades evitáveis.³⁷ Por conseguinte, a PTV deverá ser implementada no contexto dos programas dos serviços de SMNI, assim como no dos serviços destinados aos bebés e às crianças na primeira infância, como é o caso da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), em vez de como um serviço vertical ou paralelo. Numa reunião Técnica de Consulta da OMS sobre a integração das intervenções de luta contra o VIH com os serviços de SMNI, os participantes definiram esta forma de integração do modo seguinte:³⁸

A integração das intervenções de luta contra o VIH em serviços de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) implica a reorganização e a reorientação dos sistemas de saúde para assegurar a prestação de um conjunto de intervenções essenciais à prevenção e ao tratamento do VIH, como parte dos cuidados continuados de saúde dedicados às mulheres, aos recém-nascidos, às crianças e às famílias.

As intervenções essenciais da PTV e os cuidados de saúde das mães e dos recém-nascidos estão representados como um processo de cuidados continuados na Figura III.7.4. As quatro componentes da estrutura da PTV têm por alvo os mesmos períodos de tempo e os mesmos utentes que os pacotes essenciais dos serviços de SMNI e assentam muitas vezes nos mesmos trabalhadores. A integração dos serviços de SMNI com os de PTV e com os do VIH é essencial, especialmente nos locais onde a prevalência de VIH/SIDA é elevada.

FIGURA III.7.4 Como integrar nos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, ao longo dos cuidados continuados de saúde, as quatro componentes dos programas de prevenção da transmissão vertical de mãe para filho

Pré-gravidez		Gravidez	Parto	Pós-natal/Recém-nascido
Para todas as mulheres e recém-nascidos				
Saúde na pré-gravidez e planeamento familiar		Controlo Pré-Natal focalizado	Assistência especializada no parto, cuidados obstétricos de emergência e cuidados imediatos ao recém-nascido	Controlo Pós-Natal e promoção de alimentação segura do lactente
COMPONENTE 1: Prevenir a infecção por VIH nas mulheres	COMPONENTE 2: Prevenir a gravidez não planeada entre mulheres infectadas com VIH	COMPONENTE 3: Prevenir a transmissão vertical do VIH de mãe para filho		COMPONENTE 4: Prestar cuidados, tratamentos e apoio às mulheres e parceiros, aos bebés e às crianças infectados com VIH
Para mulheres infectadas com o VIH e recém-nascidos expostos ao vírus				

Possibilidades oferecidas pelos programas ao longo dos cuidados continuados de saúde

Antes da gravidez. A integração da PTV com os cuidados de saúde materna e neonatal começa antes de uma mulher engravidar. É extremamente importante que as mulheres jovens tenham acesso a programas de saúde reprodutiva completos e integrados para evitar tanto as infecções por VIH como a gravidez não desejada. Um programa assim integrado deverá incluir o aconselhamento sobre as práticas de sexo seguro e o envolvimento do parceiro, a prevenção da transmissão do VIH e de outras infecções sexualmente transmitidas (IST), o tratamento rápido das IST, o aconselhamento e os testes voluntários, a revelação da infecção aos parceiros, e serviços de planeamento familiar. (Secção III, capítulo 1)

Durante a gravidez e o parto. O CPN focalizado e a identificação e o tratamento precoces das complicações maternas, assim como a identificação precoce do estado da mãe quanto ao VIH são essenciais para a integração. Os serviços de CPN deverão integrar planeamento familiar e preparação para o parto, utilizando mensagens específicas para as mães seropositivas. Entre outras intervenções essenciais tratadas na Secção III, capítulo 2, o CPN integrado deverá incluir a detecção e o tratamento das IST, incluindo a sífilis, os testes e o aconselhamento sobre o VIH (passível de auto-exclusão) a revelação da infecção aos parceiros, e o aconselhamento sobre a alimentação dos lactentes, a preparação para o parto, o planeamento familiar e a prevenção do VIH e

das IST. (Secção III, capítulo 2). Durante o parto, a integração deverá incluir procedimentos invasivos mínimos, utilizar o partograma, prestar cuidados obstétricos de emergência, tomar precauções universalmente recomendadas contra as infecções, praticar um parto higiénico, um manejo activo da terceira fase do parto, e aconselhamento e testes para detecção do VIH (se não tiver sido feito antes).

Durante o período pós-natal. É extremamente importante assegurar uma boa assistência à mãe e ao recém-nascido e prestar cuidados continuados de PTV durante este período. O aconselhamento sobre o VIH nos programas de PTV centra-se actualmente em grande medida no resultado dos testes, falando-se um pouco sobre os cuidados de seguimento, a saúde reprodutiva, a prevenção da infecção por VIH, e o planeamento familiar. O seguimento precoce e regular dos lactentes pode melhorar a adesão à amamentação exclusiva ou aos alimentos de substituição, e proporcionar a oportunidade de controlar o estado nutritivo e o crescimento do bebé (um crescimento insuficiente é um sinal precoce de infecção por VIH quando outras causas tenham sido excluídas). Este processo de seguimento pode também assegurar que se proceda a vacinações e à profilaxia com o cotrimoxazol e facilitar as referências para o manejo rápido e o tratamento das doenças. Também se podem reduzir as infecções se se melhorarem as técnicas de amamentação para diminuir os riscos de inflamação da mama e outras enfermidades que poderão aumentar as possibilidades de transmissão do VIH.

Os cuidados de saúde aos recém-nascidos podem e devem ser interligados com melhores consultas de seguimento sobre PTV. Os sinais de perigo das infecções dos recém-nascidos manifestam-se tipicamente dentro de 72 horas após o parto. Os recém-nascidos cujo parto ocorreu em casa podem ser controlados ou investigados para detecção de sinais de doença quando forem trazidos ao centro ou serviço de saúde no espaço de 72 horas para aí receberem tratamento profilático com nevirapina (ARV). Esta consulta possibilita também que se administre ao recém-nascido a sua primeira vacina e que a pessoa que dele cuida seja aconselhada acerca dos cuidados a ter em casa. Tal como o CPN é um ponto de entrada para a PTV, também a administração da vacina do BCG permite que se prestem cuidados pós-natal tanto a recém-nascidos expostos ao VIH, como aos que não estão expostos, assim como às suas mães. Os testes de rotina ao VIH nos bebés, executados nas clínicas de vacinação, poderão proporcionar uma segunda oportunidade para que as mães fiquem a saber alguma coisa sobre o seu estado de saúde e para se determinar se as intervenções de PTV tiveram êxito. As mães de bebés em que se detectou o VIH nesta ocasião podem ser aconselhadas a prosseguir com a amamentação e, ao mesmo tempo, o facto de tomarem

conhecimento de que o seu filho não está infectado, pode constituir um forte incentivo para que optimizem as práticas de amamentação, seja esta exclusiva ou por meio de alimentos de substituição, não se devendo porém misturar os dois métodos. Assim, o período pós-natal possibilita que haja uma sinergia entre a PTV e os serviços de SMNI, além de permitir que se estabeleça uma ligação dos recém-nascidos e dos lactentes com os serviços de saúde pediátrica e com os programas de luta contra a SIDA.

Se bem que ao longo da vida haja outras oportunidades para se praticar a PTV, através dos vários níveis da prestação dos serviços há igualmente outras possibilidades para se melhorarem os cuidados de saúde. A fim de se compreender melhor o grau de integração dos serviços de PTV com os de SMNI, a OMS procedeu em 2004 a uma avaliação do que ainda falta fazer no Uganda e em Moçambique, para identificar e vencer os obstáculos que ainda se levantam à integração. Essa avaliação detectou muitas lacunas nos cuidados continuados de saúde e identificou diversas possibilidades de se melhorarem esses cuidados (Caixa III.7.3).

CAIXA III.7.3 A Integração da transmissão de mãe para filho (PTV) e dos serviços de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) no Uganda e em Moçambique: constatações a que se chegou através de uma avaliação de referência da OMS

A nível nacional:

- Em teoria, as políticas promovem a integração. Contudo, instrumentos operacionais, como os protocolos e a formação, funcionam separadamente, o que tem como resultado uma fraca coordenação dos serviços.
- Não existem procedimentos formais articulados a nível nacional para acompanhamento das mulheres no período pós-natal.
- Não existem procedimentos normalizados para a prestação de serviços de planeamento familiar a mulheres seropositivas.

Ao nível dos serviços de saúde:

- Os programas de PTV utilizam como plataforma os programas de saúde materna para prestarem serviços de PTV em clínicas de Controlo Pré-natal (CPN), em hospitais durante o parto, e nos serviços de saúde ou em casa durante os cuidados pós-natal. Estes programas destacam fundamentalmente o aconselhamento, os testes ao VIH, e a administração de medicamentos anti-retrovirais (ARV). Estes serviços são muitas vezes implementados verticalmente e não tratam dos problemas da saúde materna, neonatal e infantil, nem da prevenção primária no caso de mulheres cujos testes dêem resultados negativos.
- Os serviços de saúde materna e reprodutiva não estão tão bem financiados como os de PTV. Apesar das evidências de interacção entre o VIH, a gravidez e as complicações maternas e dos recém-nascidos como a malária na gravidez, a sífilis, a anemia e a desnutrição, as verbas da PTV não são utilizadas para melhorar os sistemas de saúde de modo a que outros programas de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) também delas beneficiem.



Ao nível da comunidade:

- Não há um sistema de seguimento nem um sistema de referenciação e de feedback após o nascimento de um bebé. Consequentemente, não há qualquer mecanismo instalado para identificar os recém-nascidos expostos ao VIH a fim de se lhes prestarem cuidados especiais, incluindo a administração de cotrimoxazol, ou para se proceder a diagnósticos precoces, e para que tenham acesso a tratamentos ARV. Também não há apoio às práticas de alimentação dos lactentes.

A nível transversal:

- A formação do pessoal de saúde não trata da prestação de serviços integrados de saúde, o que, portanto, inviabiliza a possibilidade de integração.
- As infra-estruturas não permitem a integração. Por conseguinte, diminuem as suas possibilidades.

Lições aprendidas

- Criar políticas e directrizes operacionais para as ligações com o planeamento familiar e o seguimento pós-natal das mães e dos recém-nascidos, e criar sistemas de referênciação e fichas de monitorização. As directrizes deverão incluir instruções operacionais explícitas aos serviços de gestão distrital sobre a aplicação dos programas integrados.
- Na recolha de dados relacionados com a PTV, incluir indicadores sobre os recém-nascidos.
- Melhorar o acesso à terapêutica anti-retroviral, aos cuidados de saúde em geral, e aos apoios às mães.
- Aproveitar a melhoria das competências adquiridas em PTV como porta de entrada para um pacote integrado de prevenção do VIH, de prestação de cuidados de saúde, de apoio, e de tratamentos nos períodos pós-natal e neonatal.

Fonte: Adaptado da referência³⁹

Dificuldades para integrar a PTV com os cuidados de saúde aos recém-nascidos

As dificuldades que se levantam a uma programação eficaz da PTV incluem as competências humanas insuficientes, as limitações das infra-estruturas e a deficiente gestão e coordenação dos programas. A estas dificuldades há a acrescentar uma focalização insuficiente na prevenção da transmissão vertical (Componente 3), e a pouca atenção que ainda se presta à prevenção primária, ao planeamento familiar, ao apoio continuado à alimentação dos lactentes, às consultas de seguimento, ao apoio e tratamento das mães e dos seus bebés, e às estratégias de envolvimento da comunidade, da família e dos parceiros.⁴⁰ Uma das maiores limitações da actual prática da PTV consiste em que ela é executada em clínicas e hospitais e estes serviços não alcançam um grande número de mulheres e de recém-nascidos das áreas rurais, ou os partos que ocorrem em casa, que constituem a maioria dos partos. As consultas domiciliárias para CPN e a assistência domiciliária essencial aos recém-nascidos, que recorre a opções comunitárias, proporcionam uma oportunidade de se alcançarem essas mães e esses bebés. As redes comunitárias podem ser mobilizadas para servirem de veículo para o aumento da utilização do CPN, incentivando as mulheres a darem à luz nos serviços de saúde e a recorrerem à assistência domiciliária de seguimento e de apoio à mãe e ao recém-nascido. A experiência obtida com vários projectos comunitários revela que quando não estão disponíveis

assistentes especializados, há papéis que os trabalhadores de saúde comunitários podem desempenhar para promover a utilização dos serviços de saúde, e até para administrarem ARV.⁴¹

Uma das maiores dificuldades do programa de PTV para prestar os seus serviços e para os integrar com outros programas consiste no fornecimento de serviços de aconselhamento de alta qualidade acerca das opções de alimentação dos lactentes para se reduzir a transmissão pós-natal e apoiar as escolhas das mães após o parto. À medida que se tornam mais eficazes e acessíveis as intervenções para a redução da transmissão do VIH no período que antecede e que se segue ao parto (periparto), a transmissão do VIH através da amamentação tornar-se-á proporcionalmente mais significativa e pode acabar por representar a maioria das transmissões de mãe para filho. Porém, as práticas de alimentação dos lactentes são influenciadas por factores muito diversos e nem todos eles podem ser controlados pela mãe, e ainda menos o podem ser pelos profissionais de saúde. Contudo, ao melhorarem a saúde das mães, os programas de PTV podem reduzir os factores de risco das transmissões do vírus através da amamentação. As referenciações rápidas e eficazes entre os serviços de PTV e os programas ARV permitirão que as mulheres grávidas com baixas taxas de CD4 iniciem a terapia anti-retroviral que irá reduzir a transmissão na fase de periparto e também, provavelmente, a transmissão pós-natal. Para ajudar as mulheres a compreenderem melhor as consequências biológicas e sociais das diversas práticas de alimentação dos lactentes e a viabilidade de as implementar com segurança, é necessário um aconselhamento bem informado e equilibrado. Os serviços de saúde devem dar um apoio coerente e correcto para ajudarem as mães infectadas e as não infectadas a manterem as suas opções de alimentação, especialmente a amamentação exclusiva ou a de substituição. Ao prestar-se assistência às mães seropositivas para que deixem de amamentar e passem a fornecer alimentos adequados à promoção do crescimento e do desenvolvimento óptimos dos seus filhos enfrentam-se dificuldades semelhantes.

Os programas de PTV africanos que têm tido êxito e que têm acelerado os progressos possuem certas características e soluções comuns para vencerem as dificuldades, que vão desde as revisões das políticas até à conquista de uma cobertura elevada das intervenções (Caixa III.7.4). Estas características são notavelmente semelhantes às lições aprendidas dos países que fizeram progressos relativamente à redução da mortalidade neonatal, conforme se descreve na Secção IV.



CAIXA III.7.4 O que funciona: passar das políticas à cobertura ampla

A avaliação dos programas do Uganda e de Moçambique e das experiências programáticas de outros países, como o Zimbabué e a Zâmbia (Caixa III.7.5 e Caixa III.7.6), indica que os factores seguintes podem contribuir para melhorar a actualização das intervenções:

- Nível elevado de liderança política e de empenho
- Empenho em relação à cobertura nacional
- Forte gestão centralizada dos programas e liderança técnica
- Gestão descentralizada eficaz das estruturas e dos sistemas
- Boas infra-estruturas de saúde
- Ampla cobertura dos cuidados pré-natais e dos partos assistidos por um assistente especializado
- Execução institucional de rotina dos testes ao VIH (com possibilidade de auto-exclusão)
- Acesso a tratamentos anti-retrovirais
- Forte empenho político relativamente à melhoria das políticas de alimentação essencial e à estratégia global de nutrição dos lactentes e das crianças³⁶

Medidas práticas para fazer avançar a integração

Como se demonstra pelos exemplos da Zâmbia e do Zimbabué, o empenho político e a gestão correcta do programa através de simples instrumentos, de auxiliares de tarefa e dos registos de informações sobre a saúde, podem facilitar uma melhor integração dos programas. Eis algumas das medidas práticas que se podem tomar:

- Políticas: a formalização das políticas dos serviços de saúde e da prestação desses serviços deverá incluir os serviços essenciais de SMNI e os de PTV, devendo rever-se especificamente as políticas de CPN e de CPósN.
- Programas e aprovisionamentos: harmonização de protocolos e revisão da educação académica adquirida antes da entrada na vida profissional activa e da formação em serviço para que haja maior integração dos currícula com a prestação dos serviços (e.g. as intervenções da PTV devem interligar-se com os protocolos do CPN da malária e com o manejo das IST, com a prevenção e controlo das anemias e com o apoio à alimentação). São igualmente necessários protocolos para o seguimento pós-natal que promovam o CPósN de rotina, com monitorização do crescimento, com aconselhamento e apoio sobre alimentação dos lactentes, com detecção de infecções e com tratamentos com cotrimoxazol. A interligação da logística dos aprovisionamentos poderá ser também de interesse mútuo. Por exemplo: os kits para os testes do VIH são geralmente fornecidos eficazmente em muitos países, mas os testes à sífilis, muitas vezes não se fazem. Interligar os aprovisionamentos de materiais para os testes à sífilis com sistemas logísticos de aprovisionamento dos materiais para os testes do VIH pode ser uma oportunidade fundamental para melhorar a cobertura.
- Planeamento: criação de planos distritais de formação de gestores e de coordenadores distritais quanto à forma de integrar políticas e protocolos nas operações distritais.
- Implementação: criação e/ou revisão de instrumentos para a implementação de programas integrados e de auxiliares de tarefas que incluam registos de maternidade segura, auxiliares de tarefas para aconselhamento sobre a maternidade, planos

de preparação para o parto e postais ilustrados com informações sobre a saúde em geral e sobre a gestão da saúde das mães e das crianças, contendo informações sobre os serviços de PTV. Tanto na Zâmbia como no Zimbabué, por exemplo, utilizaram-se elementos mobilizadores da comunidade para promover e divulgar a assistência à saúde dos recém-nascidos, a PTV, e o apoio comunitário a uma alimentação de lactentes mais segura.

- Monitorização e avaliação: melhor utilização de indicadores de monitorização para melhorar a qualidade e a cobertura.

As Caixas III.7.5 e III.7.6 exemplificam o modo como dois países adoptaram muitas destas medidas práticas e criaram e/ou adaptaram auxiliares de tarefa e outros instrumentos para serem utilizados a nível nacional.

CAIXA III.7.5 Como integrar as informações sobre o VIH na saúde materna, neonatal e infantil (SMNI): A experiência do Zimbabué

Programa

O Zimbabué declarou em 2001 que a prevenção da transmissão vertical de mãe para filho (PTV) era uma prioridade nacional e lançou acções para o rápido melhoramento dos programas de PTV em todo o país. Rapidamente se verificou que, para conseguir melhoramentos rápidos e sustentáveis dos serviços de PTV, era necessário adaptar os instrumentos existentes e os sistemas de monitorização e de registo utilizados nos serviços do Ministério da Saúde e do Bem-estar Infantil (MSBI), para garantir a inclusão de informações que abrangessem a totalidade dos serviços de saúde pré-natal, intraparto e pós-natal. Motivo de especial preocupação foi a capacidade para gerir os serviços de

saúde correntes e os de seguimento das mães seropositivas e dos seus bebés expostos ao VIH. O MSBI concluiu que era urgente integrar a todos os níveis do sistema de saúde as intervenções de PTV com os serviços existentes de SMNI a fim de se prestarem os cuidados continuados de saúde às mulheres seropositivas e às crianças, fossem elas para onde fossem e quando fossem. Modificaram-se vários instrumentos para que inserissem informações sobre a PTV, incluindo o registo pré-natal e o registo de nascimento, a ficha de saúde da mãe e a do filho. As revisões inseridas na ficha da criança incluíram as actualizações da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), como a vacinação, o crescimento, a alimentação e mensagens sobre a nutrição dos lactentes, gráficos sugestivos para os pais e a identificação, cuidados prestados e diagnóstico dos lactentes expostos ao VIH, assim como outras recomendações para os profissionais de saúde. As revisões na ficha da mãe incluíram os aconselhamentos e os testes de detecção do VIH, tanto na mãe como no parceiro, um espaço para registar o estatuto da mãe relativamente à revelação do seu estado sanitário, uma checklist sobre o aconselhamento, o planeamento familiar, o apoio psicossocial e o apoio alimentar, e os tratamentos em curso para o VIH. Em 2002, estes instrumentos foram postos em prática e foram acompanhados de formação do pessoal na utilização e divulgação de um manual nacional normalizado sobre os procedimentos e a logística da PTV.

Lições fundamentais aprendidas:

- É necessária uma metodologia baseada no sistema de saúde e coordenada pelo Ministério da Saúde, para melhorar a nível nacional os serviços do VIH/SIDA.
- O processo de actualização dos instrumentos dos serviços de SMNI reforça a qualidade dos serviços porque proporciona uma oportunidade de se fazerem actualizações técnicas e de aumentar a comunicação entre os sectores e a comunidade a nível nacional.
- Os instrumentos melhoram a forma como são prestados os serviços de SMNI ao ajudarem os profissionais de saúde a prestarem cuidados integrados a todos os cidadãos, incluindo os que estão expostos à infecção com o VIH.
- As fichas portáteis de registo de dados das mães são instrumentos importantes para a integração dos serviços de SMNI com os de PVT.

Fonte: Adaptado da referência⁴²

CAIXA III.7.6 Os serviços integrados de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) e o programa de prevenção da transmissão vertical (PTV) na Zâmbia

Programa

A ligação e a integração com os serviços de saúde materna, neonatal e infantil são as marcas distintivas do programa nacional zambiano de PTV. Os objectivos do quadro estratégico nacional zambiano de PTV incluem melhoramentos na sobrevivência e no desenvolvimento infantis pela redução da morbilidade e da mortalidade dos lactentes e das crianças, devidas ao VIH, assim como o decréscimo da mortalidade materna através da melhoria dos serviços de saúde pré-natal, durante o parto, e pós-natal. A Unidade de Saúde Reprodutiva da Direcção-Geral de Saúde coordena e harmoniza todas as actividades dos parceiros, integra a PTV nos serviços de SMNI, e liga estes programas com serviços acessíveis e desburocratizados para os jovens, assim como com os programas da Tuberculose e do VIH/SIDA. Hoje em dia, em todos os 72 distritos, os serviços de PTV estão integrados. A PTV melhorou o programa de maternidade utilizando as suas próprias verbas para apoiar os sistemas dos serviços de maternidade segura, como o fornecimento da vacina do toxóide tetânico, a profilaxia da malária e da anemia, o Controlo Pós-Natal (CPósN), e o planeamento familiar. O pessoal dos diversos serviços de saúde tem sido orientado para prestar informações e referenciar os utentes de serviço para serviço, e criaram-se e demonstraram-se ao pessoal instrumentos integrados e auxiliares de tarefas, incluindo os registos de maternidade segura, os auxiliares de tarefa para o aconselhamento à maternidade, as fichas de preparação para o parto, as fichas maternas e as fichas das crianças. Os dados dos registos integrados pré-natais e pós-natal indicam quando as mulheres devem ser seguidas para receberem conselhos acerca da alimentação dos lactentes e acerca da monitorização do estado da criança relativamente ao VIH. Esta metodologia permitiu que alguns serviços iniciassem um sistema de seguimento aos 6 e aos 18 meses, apesar da escassez de pessoal. O programa está também a utilizar assistentes tradicionais de partos que receberam formação em cuidados essenciais aos recém-nascidos em dois

concelhos da periferia urbana. As assistentes tradicionais de partos promovem o CPósN incentivando as mulheres a visitarem os serviços de saúde dentro das 72 horas após o parto e através de grupos de apoio à amamentação.

Lições fundamentais aprendidas

- A integração da PTV em programas de saúde reprodutiva, incluindo a maternidade segura, o planeamento familiar, a saúde reprodutiva dos adolescentes, a saúde infantil e o seguimento dos bebés é possível, apesar das carências de pessoal.
- A participação da comunidade e o envolvimento dos parceiros são fundamentais para apoiar as mulheres que optam por não amamentar e para facilitar o acesso ao acompanhamento, à assistência e ao apoio pediátrico.
- Passar de projectos-piloto para programas nacionais não tem sido fácil porque os locais onde se realizavam esses projectos-piloto estavam a executar programas verticais focalizados apenas na Componente 3. (momento do parto), enquanto o programa nacional de PTV integra todas as quatro componentes na saúde reprodutiva, nomeadamente a saúde reprodutiva dos adolescentes, o planeamento familiar, a maternidade segura e os programas comunitários de cuidados de saúde e de apoio.

Fontes: Adaptado das referências^{43,44}

Conclusão

Os programas de PTV receberam um apoio generalizado e contribuíram para soluções inovadoras para a prestação de intervenções complexas em serviços com escassos recursos. Contudo, a cobertura continua a ser baixa, com apenas um em cada par mãe-bebé a ser tratado com anti-retrovirais. Investir milhões para evitar as infecções pelo VIH em bebés faz pouco sentido se, nas primeiras semanas de vida, o bebé morrer de pneumonia ou de qualquer outra causa de morte facilmente prevenível. Identificar e melhorar ligações frágeis ou inexistentes

entre a PTV e os programas de SMNI aumentará a probabilidade de se satisfazerem as necessidades básicas de saúde das mães e dos recém-nascidos neste período de tempo de alto risco precisamente antes e depois do parto. Os programas de PTV proporcionam uma oportunidade para se melhorarem os serviços de SMNI, incluindo os cuidados aos recém-nascidos, recorrendo-se a uma metodologia holística que impeça a infecção pelo VIH e que melhore a saúde materna, neonatal e infantil, ou seja, trabalhar para atingir o objectivo da sobrevivência livre de VIH.



Acções prioritárias para integração dos serviços de SMNI com a PTV

- *Políticas:* Rever as políticas, especialmente as relacionadas com os períodos pré-natal e pós-natal e integrar os serviços de SMNI com a PTV.
- *Programas e aprovisionamentos:* Criar um curriculum integrado, um método de prestação de serviços e um sistema logístico de aprovisionamentos.
- *Planeamento:* Criar planos de implementação distritais conjuntos e formar gestores e coordenadores distritais na área da integração de políticas, de protocolos e de logísticas nas operações distritais.
- *Implementação:* Criar ou rever instrumentos e auxiliares de tarefa integrados para implementação e controlo dos programas.
- *Monitorização e avaliação:* Utilizar melhor os indicadores de monitorização para melhorar a qualidade e a cobertura, tanto dos serviços de SMNI, como dos de PTV e lutar pela atribuição de maiores apoios.



Programas de monitorização da malária

Magda Robalo, Josephine Namboze, Melanie Renshaw, Antoinette Ba-Nguz, Antoine Seruflira

A malária é um desafio muito importante para a saúde e o desenvolvimento em África, onde são as mulheres grávidas e as crianças que correm os maiores riscos. Todos os anos, aproximadamente 800 000 crianças morrem devido à malária. A malária durante a gravidez contribui para um círculo vicioso de doenças em África, fazendo com que os bebés nasçam com baixo peso, o que faz aumentar o risco de morte em recém-nascidos e em lactentes.

Existem intervenções eficazes para interromper este círculo vicioso, como as redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) e o tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez (TIPMG). Há poucos anos começou-se a prestar mais atenção à monitorização da malária e ao seu financiamento, o que teve como consequência uma melhoria significativa na cobertura das intervenções sobre essa doença, especialmente em relação às crianças. A continuação da diminuição do peso da malária e dos problemas com ela relacionados, especialmente durante a gravidez, exige fortes ligações entre os programas de monitorização da malária e os programas de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), assim como uma melhor comunicação entre as residências das populações e os serviços de saúde. Os serviços de SMNI proporcionam o melhor mecanismo para a prevenção da malária e através deles as intervenções para a sua monitorização podem ter um impacto significativo na saúde dos recém-nascidos. Contudo, mantém-se a dúvida sobre de que modo estes programas poderão colaborar mais eficazmente para salvar mais vidas, ameaçadas não apenas devido à malária e aos seus efeitos, mas também devido a outras causas.



Problema

A África tem a maior taxa mundial de infecções por malária, com aproximadamente 800 000 mortes de crianças e cerca de 300 milhões de episódios de malária por ano.¹ A malária custa à África mais de 12 milhares de milhões de dólares por ano e reduz o crescimento económico dos países africanos em 1,3 por cento per capita todos os anos.² Os elevados níveis de malária não são apenas uma consequência da pobreza; eles são também uma causa da pobreza. Assim, os países onde a malária é endémica têm menores rendimentos e têm apresentado um crescimento económico mais lento. Todos os anos, 30 milhões de mulheres engravidam. Para as mulheres que vivem em áreas endémicas, a malária é uma ameaça tanto para elas como para os seus bebés. Calcula-se que a anemia relacionada com a malária materna na gravidez, com o baixo peso à nascença (BPN) e com partos prematuros é responsável por cerca de 75 000 a 200 000 mortes anualmente na África Sub-Sahariana.² As mulheres grávidas são especialmente vulneráveis à malária, cujos efeitos estão resumidos na Figura III.8.1.

Efeitos nas mulheres: a gravidez altera a resposta imunitária de uma mulher à malária, especialmente durante a primeira gravidez exposta à malária, e o resultado são mais episódios de infecção, infecções mais graves (malária cerebral, por exemplo), e anemia, todas elas contribuindo para um risco mais elevado de morte. Calcula-se que a malária cause cerca de 15 por cento de anemias maternas, que são mais frequentes e graves nas primeiras gravidezes do que nas subsequentes.³⁻⁵ A frequência e a gravidade dos efeitos adversos da malária na gravidez estão relacionadas com a intensidade da transmissão da doença.

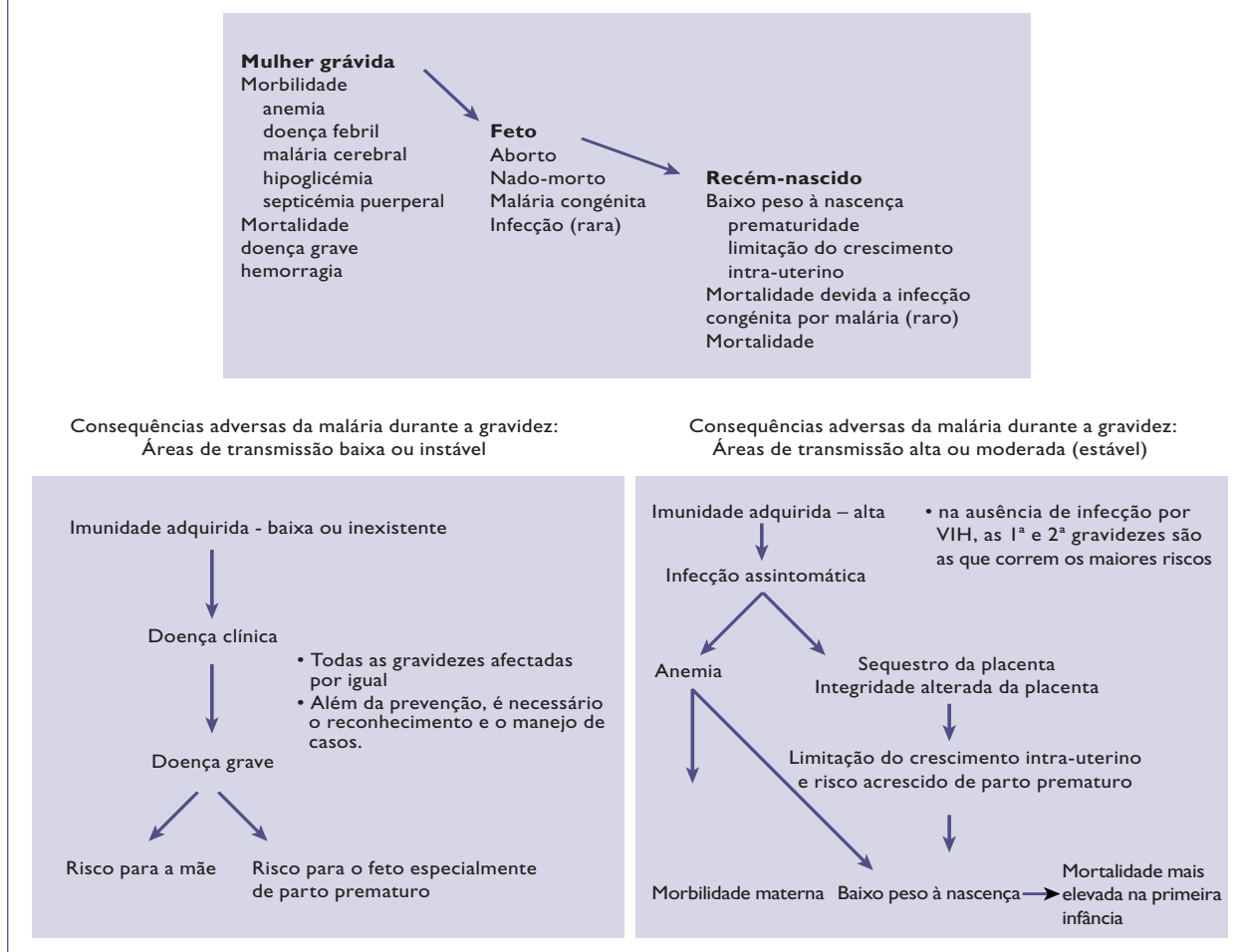
Efeitos no feto: a malária é um factor de risco para a ocorrência de nados-mortos, especialmente em áreas de transmissão instável, onde os seus níveis flutuam muito de estação para estação e de ano para ano, de que resultam taxas inferiores de imunidade parcial. Um estudo realizado na Etiópia constatou que a parasitémia na placenta está associada com partos prematuros, tanto em locais de transmissão estável como instável. Os investigadores também verificaram que embora a parasitémia na placenta seja mais comum nas áreas de transmissão estável, há um aumento séptuplo do risco de nados-mortos nas áreas de transmissão instável.⁶ Até na Gâmbia, onde a malária é extremamente endémica, o risco de nados-mortos é duplo nas áreas de transmissão menos estáveis.⁷

Efeitos no bebé: raramente a malária é uma causa directa de morte de recém-nascidos, mas possui um efeito indirecto significativo nas mortes neonatais porque durante a gravidez causa baixo peso à nascença, que é o factor de risco mais importante na morte de recém-nascidos. A malária pode ser a causa de bebés com BPN e de bebés prematuros (pré-termo), pequenos para a sua idade gestacional devido a limitações de crescimento intra-uterino, ou simultaneamente prematuros e demasiado pequenos para a idade gestacional (Vide a página 10 para mais informações sobre as definições de parto prematuro e de dimensão pequena em relação com a idade gestacional). Consequentemente, é imperativo que os programas dos serviços de SMNI resolvam o problema da malária na gravidez quando os cuidados de saúde específicos dos recém-nascidos forem também integrados nos programas de monitorização da malária, especialmente em relação com os cuidados adicionais a prestar aos bebés com baixo peso à nascença.

Além disso, a malária durante a gravidez influencia indirectamente a sobrevivência dos recém-nascidos e das crianças, através dos seus efeitos sobre a mortalidade materna. Se uma mãe morrer durante o parto, o seu bebé tem mais probabilidades de morrer também, e qualquer criança que sobreviva enfrentará graves consequências na sua saúde, no seu desenvolvimento e na sua sobrevivência.⁸ Vários estudos sugerem que se uma mulher morrer em África durante o parto, geralmente o bebé também não sobreviverá.^{9,10}

Investigações recentes sobre a interacção da malária com a infecção pelo VIH na gravidez revelam que as mulheres grávidas seropositivas e com malária têm mais probabilidades de se tornarem anémicas e que os bebés dessas mulheres correm um risco maior de nascerem com baixo peso, de serem prematuros e de morrerem, do que se elas fossem apenas seropositivas ou fossem apenas portadoras da infecção com malária.^{12;13} Os mesmos estudos sugerem que a infecção por malária pode também resultar num risco acrescido de septicémia pós-natal para a mãe. Alguns investigadores demonstraram que a malária contribui para uma replicação aumentada de VIH e que pode aumentar o risco da

transmissão de mãe para filho, enquanto outros sugerem que a malária placentária tem um efeito protector ao reduzir a transmissão vertical do VIH de mãe para filho.^{14;15} Em qualquer caso, em áreas com prevalência elevada de VIH e de malária, a interacção das duas doenças tem implicações significativas para os programas. A prestação eficaz de serviços para satisfazer as exigências do tratamento do VIH/SIDA e da malária requer a melhoria do Controlo Pré-natal (CPN) e do Controlo Pós-Natal (CpósN) para que o pacote de intervenções prestadas seja completo e integrado. (Secção III, capítulos 2, 4 e 7).

FIGURA III.8.1 Consequências da infecção por malária na gravidez

Fonte: Adaptado da referência¹¹

Este capítulo irá tratar do pacote actual e da cobertura das intervenções necessárias ao tratamento da malária durante a gravidez e das actuais possibilidades de integrar um pacote completo para a malária nos programas de SMNI. Discutir-se-ão também as dificuldades que se enfrentam e as medidas práticas a tomar.

Pacote e cobertura actual

Calcula-se que, nalgumas áreas, a malária contribui para quase 30 por cento das causas evitáveis de BPN (baixo peso à nascença) e que a maioria das mortes de recém-nascidos ocorre entre os bebés com BPN. É portanto essencial evitar e manejar os casos de BPN, especialmente a proporção de casos associados com os partos prematuros que correm um risco de morte muito maior do que os bebés que nascem com baixo peso. Anteriormente pensava-se que a malária causava fundamentalmente Atraso do Crescimento Intra-uterino (ACIU), mas trabalhos recentes revelaram que a malária causa também um risco significativamente elevado de partos prematuros.¹⁶

As intervenções baseadas em evidências para a sobrevivência dos recém-nascidos, praticadas nos cuidados continuados de saúde, foram apresentadas na Secção II e verificou-se que as intervenções seguintes reduzem os efeitos da malária durante a gravidez.¹⁷

- *Prevenção* utilizando os controlos de vector RMTI e TIPMG
- *Manejo de casos* de mulheres com malária e com anemia grave associada à malária

As estratégias para a prevenção e monitorização da malária na gravidez podem variar de acordo com a taxa de transmissão local e estão resumidas no Quadro III.8.1.



QUADRO III.8.1 Estratégias de intervenção para a malária durante a gravidez, de acordo com a sua intensidade de transmissão

	Redes Mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI)	Tratamento preventivo intermitente durante a gravidez (TIPMG)	Manejo de casos
Transmissão perene Alta/Média (estável)	Começar a utilização de RMTI no princípio da gravidez e continuar após o parto	Administrar às mulheres grávidas uma dose normal de TIP na primeira consulta de CPN marcada após os primeiros movimentos do feto serem sentidos pela mãe. Na consulta seguinte de rotina administrar uma dose de TIP, com um mínimo de mais duas doses administradas com intervalos não inferiores a um mês.	Risco limitado para doença febril e malária grave <ul style="list-style-type: none"> Fazer análises e tratar a anemia com anti-maláricos e suplementos de ferro Diagnosticar rapidamente e tratar todas as potenciais doenças provocadas pela malária com um medicamento eficaz
Transmissão sazonal Alta/Média (estável)			
Transmissão baixa (instável)	Incentivar a prática de as crianças na 1ª infância dormirem sob redes mosquiteiras	Com base nas evidências actuais, o TIP não pode ser recomendado nestas áreas*	O risco de doença febril e anemia é alto <ul style="list-style-type: none"> O risco de malária grave é alto Diagnosticar rapidamente e tratar todas as potenciais doenças provocadas pela malária com um medicamento eficaz Malária assintomática - Fazer análises e tratar a anemia com anti-maláricos e suplementos de ferro. Na África Oriental considerar a presença de <i>Plasmodium vivax</i>

* Em locais onde a transmissão é baixa, o risco de malária é também baixo; portanto, é provável que as vantagens da possível utilização de medicamentos sejam diminutas. E porque as mulheres, naqueles locais, têm mais probabilidades de apresentar sintomas de infecção por malária, os programas de monitorização deverão centrar-se em estratégias de manejo de casos e na utilização de RMTI.

Fonte: Adaptado da referência¹¹

Prevenção através da utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI)

Os efeitos das RMTI na malária durante a gravidez foram estudados através de cinco ensaios aleatórios controlados. Uma análise recente realizada pelo método de colaboração Cochrane revelou que em África, o uso de RMTI, comparado com a sua não utilização, reduziu a malária placentária em todas as gravidezes (risco relativo (RR) 0, 79, 95 por cento; intervalo de confiança (IC) 0,63 a 0,98). A utilização de RMTI também reduziu o número de bebés com BPN (RR 0, 77, 95 por cento IC 0,61 a 0,98), os nados-mortos e os abortos da primeira até à quarta gravidez (RR 0,67, 95 por cento, IC 0,47 a 0,97), mas não em mulheres com mais de quatro gravidezes.¹⁸ Relativamente à anemia e à malária clínica, os resultados tenderam a favorecer as RMTI, mas os efeitos não foram significativos. Em conclusão, as RMTI influenciam benéficamente os resultados da gravidez nas regiões de África onde a malária é endémica e quando aquelas são utilizadas pelas comunidades ou por mulheres individualmente consideradas. Dada a evidência da eficácia das RMTI relativamente às crianças e às mulheres grávidas, tanto em locais onde a transmissão é estável, como naqueles onde é instável, em combinação com a possibilidade de se atingir uma elevada cobertura dos serviços destinados às mulheres e às crianças através dos CPN, os métodos programáticos recomendados incluem a distribuição de RMTI às mulheres grávidas através do CPN ou de outras vias, em todos os locais onde seja possível a transmissão. Deste modo, os recém-nascidos beneficiam directamente da distribuição de RMTI, especialmente durante os primeiros meses de vida, período em que são especialmente vulneráveis à malária.

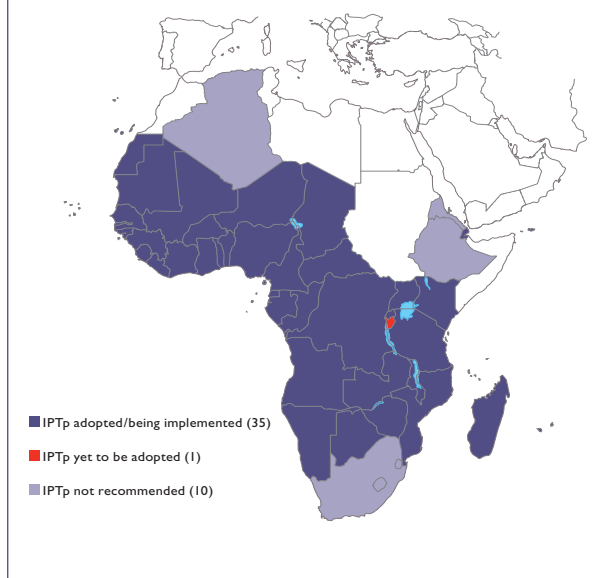
Alguns países, como a Eritreia e o Malawi, atingiram taxas de cobertura de RMTI superiores a 60 por cento, tanto relativamente às grávidas como às crianças (Caixa III.8.1). Em vários países, como o Benim, o Níger, a Etiópia, o Quénia, o Togo e a Zâmbia,

estão a conseguir-se introduzir melhoramentos rapidamente, e as perspectivas em muitos países para se atingirem as metas de cobertura desejadas estão a melhorar. As principais razões das baixas coberturas parecem ter sido os elevados custos das redes mosquiteiras e a escassez já histórica de stocks de RMTI disponíveis, especialmente na África Oriental e Austral. Se bem que o marketing social e outras actividades tenham tido êxito para aumentar a cobertura de RMTI entre os sectores mais abastados da comunidade, tiveram menos êxito junto das comunidades rurais mais pobres que são as que estão mais sujeitas aos riscos da malária. Isto conduziu a uma recente reorientação global das políticas no sentido de se fornecerem RMTI grátis ou bastante subsidiadas às mulheres grávidas e às crianças. Esta nova realidade está reflectida no quadro estratégico revisto das RMTI do programa Vencer a Malária (Roll Back Malária - RBM).¹⁹ Uma recente resolução da OMS apelou à aplicação de métodos expeditos e de baixo custo, incluindo a distribuição grátis, ou bastante subsidiada, de materiais e medicamentos aos grupos vulneráveis, com o objectivo de pelo menos 80 por cento das mulheres grávidas receberem TIPMG e utilizarem RMTI, sempre que isso seja o método escolhido para controlo do vector. Além disso, cada vez mais mulheres grávidas, especialmente nas áreas onde a transmissão é instável, estão a ser protegidas de infecções pela malária através da expansão de programas de pulverização de insecticidas no interior das habitações.

Prevenção através de tratamentos intermitentes preventivos da malária durante a gravidez (TIPMG)

Os tratamentos intermitentes preventivos da malária consistem na administração de doses terapêuticas completas de um medicamento anti-malárico eficaz, a intervalos pré-definidos durante a gravidez, a começar no segundo trimestre ou após os primeiros movimentos identificáveis do feto, e ministrados através de Controlo Pré-Natal de rotina. Actualmente, a sulfadoxina-pirimetamina (SP), também

FIGURA III.8.2 Adopção e implementação do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez (TIPMG) na região africana da OMS (Agosto de 2006)



Fonte: Escritório Regional Africano da OMS, 2006

conhecida como Fansidar, é o único medicamento disponível para utilização no TIPM. As doses para o TIPM que usam SP só devem ser administradas uma vez por mês. O TIPM é recomendado em áreas de transmissão estável da malária, onde a maior parte das infecções em grávidas são assintomáticas e onde, portanto, o método habitual de manejo de casos para tratamento de indivíduos sintomáticos não é aplicável. As evidências disponíveis sobre a eficácia dos TIPM nas áreas de baixa transmissão e onde o manejo dos casos sintomáticos pode ser utilizado, é insuficiente para apoiar o seu uso nestes locais.

A eficácia do TIPM para a diminuição da anemia materna e do BPN foi demonstrada a partir de estudos realizados no Quênia, no Malawi, no Mali e no Burquina Faso. No Quênia, um ensaio realizado com SP administrado duas vezes durante a gravidez por ocasião de consultas de CPN diminuiu de cerca de 39 por cento a anemia materna nas primeiras gravidezes e diminuiu também as taxas de BPN.²⁰ Outro estudo realizado na zona ocidental do

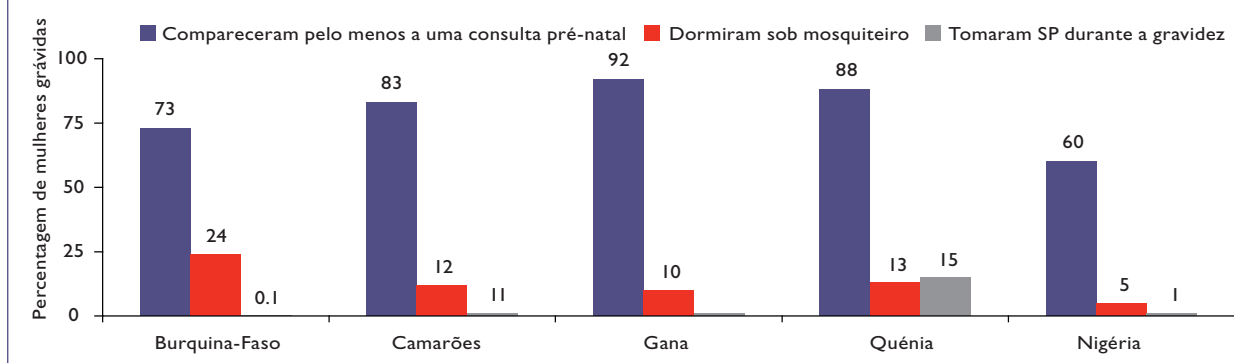
Quênia demonstrou que o regime de duas doses de SP é adequado em áreas de baixa prevalência de VIH, mas foram necessárias mais doses nas áreas com prevalência mais elevada de VIH.²¹ Do ponto de vista do programa, o TIPM com SP é uma intervenção viável porque o SP é administrado como tratamento directamente observável através de consultas de CPN agendadas e o CPN alcança uma elevada proporção de mulheres grávidas em muitos países africanos. Contudo, é provável que a eficácia da SP para o TIPM venha a ficar comprometida devido ao aumento de resistência à SP, especialmente na África Oriental e Austral. Apesar de as mulheres grávidas beneficiarem actualmente com os TIPM com SP, é necessário identificar urgentemente medicamentos alternativos que sejam seguros, baratos e fáceis de administrar.

A Figura III.8.2 ilustra o estado da adopção e da implementação das políticas de TIPM na região africana da OMS. Com excepção de um país, todos os países da região adoptaram o TIPM como política para a prevenção e monitorização da malária durante a gravidez, onde ele seja recomendado, mas a implementação desta política mantém-se muito reduzida na maioria dos países. Nos restantes países, dadas as características do modo de transmissão, o TIPM não é uma política recomendada, em virtude das evidências actuais da sua eficácia em áreas de baixa transmissão.

Dados de 11 Inquéritos Demográficos e da Saúde (IDS) efectuados nos últimos três anos indicam que embora dois terços das mulheres grávidas compareçam pelo menos a uma consulta de CPN, só 10 por cento tinham tomado pelo menos uma dose de SP (Figura III.8.3). Embora mais lenta do que talvez esperado, a aceitação do TIPM aumentou nos países onde ele foi adoptado pelas políticas nacionais, como intervenção para a monitorização da malária. (em 1993 no Malawi, em 1998 no Quênia, no Uganda e na Tanzânia, e em 2002 na Zâmbia). A cobertura de RMTI nestes países, varia entre cerca de 5 a 35 por cento.²²

A Figura III.8.3 destaca as oportunidades perdidas que ocorreram quando às mães que compareceram pelo menos a uma consulta de CPN não foram prestados serviços eficazes e integrados. Isto é consequência de muitos factores, incluindo a falta de percepção da necessidade de TIPM da parte das mulheres grávidas, as poucas e diferidas consultas de CPN, as deficiências do sistema de saúde, como a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI), os stocks esgotados ou escassos de SP ou ferro/folatos, as limitações de recursos humanos, a relutância dos profissionais de saúde em prescreverem SP durante a gravidez, os serviços laboratoriais deficientes para apoiarem o manejo dos casos, e os sistemas de monitorização e de referência ineficazes para apoiarem aquele manejo de casos.

FIGURA III.8.3 Oportunidades perdidas: inexistência de intervenções fundamentais sobre a malária na fase de Controlo Pré-Natal



Fonte: Dados do Inquérito Demográfico e da Saúde 2003-2004

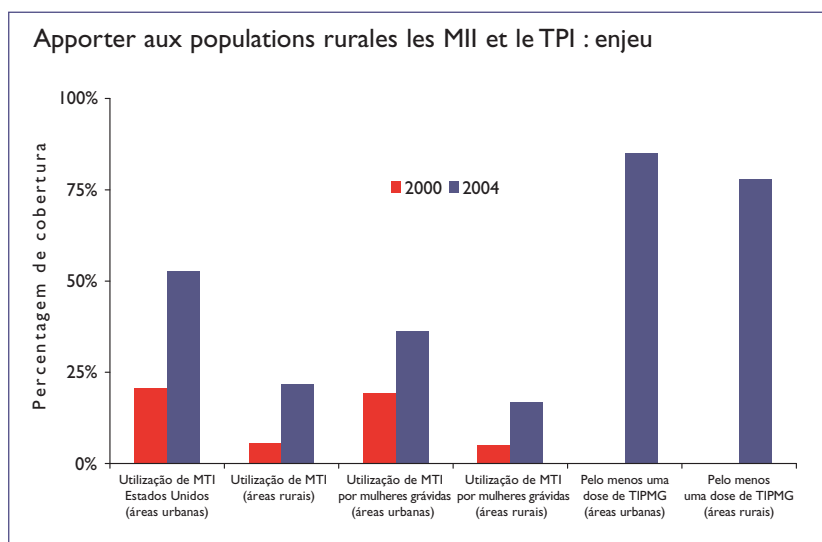
Embora o conhecimento da malária e a comparência aos serviços de CPN sejam geralmente elevados entre as populações africanas, vários estudos revelaram que este conhecimento não se traduz necessariamente num aumento de procura dos TIPM ou na melhoria da sua cobertura no âmbito do CPN.²³⁻²⁵ Estas constatações foram corroboradas por diversos outros estudos, e a fraca aceitação parece estar relacionada com a indisponibilidade de existências adequadas de SP onde os serviços são prestados,

com percepções negativas entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas relativamente à utilidade da estratégia, e com preocupações acerca da utilização do medicamento durante a gravidez.²⁵⁻²⁷ Além disso, visto que a SP é tomada apenas no segundo e no terceiro trimestres, a marcação das consultas de CPN para datas incorrectas e um calendário mal recomendado para a realização dos TIPM podem influenciar a implementação de modo adverso. (Secção III, capítulo 2).

CAIXA III.8.1 Progressos da prevenção da malária no Malawi: expansão rápida da utilização de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI) e do tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIPM)

De acordo com o Inquérito Nacional de 2004 sobre a Malária nas habitações do Malawi, 53 por cento das habitações urbanas e 22 por cento das crianças rurais com menos de cinco anos e 36 por cento e 17 por cento das mulheres grávidas urbanas e rurais, respectivamente, dormem sob redes mosquiteiras. Se bem que as desigualdades entre população

urbana e população rural sejam ainda significativas, estes valores assinalam que houve progressos desde o ano 2000 e um passo na direcção certa para se abrangerem as populações mal servidas. No conjunto, a cobertura está a aumentar. Com a distribuição de mais 1,8 milhões de redes mosquiteiras desde o inquérito de Março de 2004, a cobertura de mulheres e de crianças que utilizam redes mosquiteiras (RMTI) está calculada em 60 por cento e 55 por cento respectivamente. No conjunto, isto demonstra que a cobertura está a aumentar e que é provável que o Malawi tenha atingido as metas de



Abuja. para a distribuição de RMTI. O Ministério da Saúde calcula que a cobertura de mulheres grávidas que estão a receber uma segunda dose de TIPM aumentou de 55 por cento em 2004, para 60 por cento no final de 2005. Estes avanços ocorreram em consequência de aumentos maciços nos esforços empreendidos. Além da distribuição de RMTI, adquiriram-se e distribuíram-se em 2005 quatro milhões de kits e três milhões de redes mosquiteiras foram tratadas com insecticida durante uma campanha anual de repulverização.

A atenção que o Malawi passou a prestar às RMTI e aos TIPM poderia reflectir-se em taxas decrescentes de mortalidade. Entre 1990 e 2000, as taxas de mortalidade de lactentes e de crianças permaneceram invariáveis ao nível de 112 e 187 por 1000 nados-vivos, respectivamente. Contudo, ao longo dos últimos quatro anos (2000-2004), verificou-se um decréscimo notável. Dados de um IDS de 2004 indicam que as taxas de mortalidade de lactentes e de crianças diminuíram para 76 e 133 por 1 000 nados-vivos, respectivamente. Em todos os grupos etários houve melhorias, mais espectaculares durante o primeiro mês de vida. O IDS registou um decréscimo na taxa de mortalidade neonatal (TMN) de 40 para 27 por 1 000 nados-vivos. Há algumas incertezas em torno da medição da TMN porque o IDS tende a subestimá-la, mas não há dúvida de que houve progressos. Se bem que a associação feita entre o aumento dos esforços para a prevenção da malária e o decréscimo das taxas de mortalidade materna (TMM) seja uma associação de nível ecológico, é provável que o acréscimo de intervenções para o combate à malária tenha contribuído significativamente para o decréscimo observado nas taxas de mortalidade.

Fonte: Inquéritos Demográficos e de Saúde do Malawi, de 2000 e 2004, e Inquérito Nacional de 2004 sobre a Malária nas habitações do Malawi

Para mais pormenores sobre a TMN e as taxas de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, vide a Secção I e as notas aos dados, assim como o perfil de país relativo ao Malawi (página 200). Para mais informações sobre os países que estão a fazer progressos na diminuição das TMN, vide a Secção IV.

Possibilidades de integrar os serviços de SMNI nos programas de monitorização da malária

Os programas de monitorização da malária centram-se nas mães grávidas e, ao fazerem-no, beneficiam a mãe e o feto, o que contribui para a melhoria da saúde futura do recém-nascido e da criança. Verificou-se que quando as mães entendem que as intervenções também protegem os seus bebés ainda por nascer, isso faz com que percam os receios que tinham acerca da saúde deles. Na Zâmbia verificou-se que a aceitação dos TIPM era baixa porque a percepção que se tinha da SP era que era “demasiado forte” e perigosa para o bebé ainda por nascer. Contudo, quando os profissionais de saúde alteraram a mensagem para a focalizar no bebé por nascer, notou-se que houve uma maior aceitação da SP.²² Estas mensagens demonstram a importância de se abordar a saúde da mãe e do bebé conjuntamente e a vantagem potencial de ligações mais fortes entre os programas da malária e os dos TIPM. Existem várias possibilidades de beneficiar a saúde do recém-nascido através dos programas de combate à malária. Entre essas possibilidades há as que recorrem a métodos directos e as que recorrem aos indirectos.

Os benefícios directos de se salvarem as vidas dos recém-nascidos são os que resultarão do aumento da cobertura dos TIPM e das RMTI, assim como da melhoria da gestão de casos de mulheres grávidas com malária. Como o CPN é a porta de entrada lógica para os serviços de tratamento da malária, (TIPM e RMTI), é necessária uma boa colaboração entre os programas da malária e os de SMNI, concretamente em termos de formação, aprovisionamento de medicamentos e de outros materiais, de ensino da saúde, etc. Os produtos necessários aos TIPM e às RMTI, por exemplo, são muitas vezes adquiridos no âmbito dos programas de monitorização da malária, mas as intervenções são geralmente prestadas através dos serviços de saúde reprodutiva. Isto poderá constituir uma oportunidade para a integração, mesmo para além dos programas da malária e dos TIPM, mas a falta de comunicação poderia minimizar as possíveis vantagens.

Outra possibilidade mal explorada é o recurso a prestadores privados de serviços e a organizações com base na comunidade para serem elas a prestar mais serviços. Historicamente, a distribuição de RMTI tem estado ligada a programas baseados na comunidade, mas o TIPM está ainda limitado aos serviços de saúde. Muitas mães vivem longe destes serviços e não conseguem ter acesso às intervenções essenciais. As evidências que têm surgido de programas comunitários no Uganda, no Quênia e na Zâmbia revelam que os serviços de TIPM prestados pela comunidade são úteis para melhorar a cobertura, assim como também aumentam, numa fase importante da gravidez, a comparência das utentes no CPN. Os programas de extensão à comunidade devem apoiar e complementar os serviços de saúde e vice-versa. Dever-se-á incentivar em especial a criação de ligações triplas entre as extensões dos serviços de saúde para os recém-nascidos, os programas da malária e os da Atenção Integrada às Doenças da Infância Comunitária (AIDI-C).

As vantagens indirectas para os recém-nascidos serão possíveis quando o investimento nos programas da malária conduzir à melhoria generalizada dos sistemas de saúde em todas as suas componentes, como o CPN e o CpósN. A Aliança Global para a Vacinação e a Imunização (AGVI) está na vanguarda da promoção do investimento na melhoria dos sistemas de saúde, utilizando verbas destinadas à vacinação, que integra um programa mais vertical. Mesmo sem este importante nível de investimento,

um método semelhante que seja adoptado por outros programas verticais de luta contra a malária para se melhorarem as infra-estruturas, a capacidade e os aprovisionamentos locais, terá potencial para melhorar, tanto a cobertura das intervenções para o tratamento da malária, como outras intervenções essenciais dos serviços de SMNI.

Existem igualmente outras possibilidades para estabelecer mais ligações inovadoras.

- Nos casos em que as comunidades estejam a ser sensibilizadas para a procura precoce de cuidados de saúde para os bebés com malária, poder-se-ia incluir a educação sobre os sinais de perigo nas mulheres grávidas e nos recém-nascidos
- Nos casos em que os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) estejam a ser formados em manejo de casos de crianças com malária, poder-se-ia também dar formação sobre cuidados aos recém-nascidos
- Nos casos em que os produtos para o manejo dos casos de malária estejam a ser melhorados, os medicamentos administrados aos recém-nascidos antes de qualquer referência para outra unidade de saúde poderão também ser incluídos no manejo da septicémia que se declare também com febre
- As estratégias de comunicação que pretendam modificar comportamentos poderão ser ampliadas para incluir mensagens de saúde que beneficiem tanto a mãe como o recém-nascido, ao mesmo tempo que incluiriam mensagens específicas para a malária, como é o caso da importância de as mães dormirem juntamente com os seus filhos sob uma rede mosquiteira tratada com insecticidas (RMTI)
- O manejo de casos de mulheres com malária ou com anemia grave poderá ser integrado nos cuidados obstétricos de emergência

Dificuldades para integrar os serviços de SMNI nos programas de monitorização da malária

Os programas da malária têm tido um enorme êxito ao focalizarem as atenções de toda a gente e ao aproveitarem as possibilidades proporcionadas pelas políticas. Especialmente a parceria Vencer a Malária (Roll Back Malária - RBM) cativou a atenção dos programas globais e nacionais. O financiamento para a malária aumentou, e a cobertura das intervenções essenciais, especialmente das RMTI, está a começar a acelerar. A ligação dos serviços de SMNI com os programas de monitorização da malária tem um papel significativo a desempenhar quanto ao 4º e 5º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relativos à sobrevivência da criança e da mãe, assim como ao 6º objectivo dos ODM relativo ao VIH/SIDA, tuberculose (TB) e malária. Para que aconteçam os maiores progressos, tanto na monitorização da malária, como nos serviços de SMNI, a implementação de intervenções específicas para a malária tem de produzir-se no seio de um sistema de saúde eficiente e funcional que inclua um CPN eficaz, sistemas de saúde comunitários fortes que acentuem a importância do reconhecimento de complicações, e uma gestão rápida de casos e/ou de referências. Contudo, a falta de implementação de políticas que promovam estas oportunidades de integração, assim como as fragilidades gerais do sistema de saúde continuam a levantar dificuldades.

Dificuldades enfrentadas pelas políticas

Ao nível das políticas nacionais, os programas da malária e da saúde reprodutiva estão geralmente integrados hierarquicamente em serviços ou direcções diferentes dos Ministérios da Saúde. Esta separação pode impedir a colaboração e resultar em duplicações ou confusões entre as políticas. Num determinado país, por exemplo, o programa de saúde reprodutiva está integrado na estrutura da comissão da saúde comunitária, enquanto a monitorização da malária pertence à estrutura da comissão para a monitorização das doenças contagiosas. Estes dois serviços têm reuniões separadas e portanto as decisões são muitas vezes tomadas sem se proceder às devidas consultas quanto às implicações para os outros programas. O problema é ampliado quando as responsabilidades de cada programa não estão claramente definidas. As abordagens anteriores quanto à prevenção da malária foram verticais, fragmentadas, e nem sempre foram integradas nos serviços de SMNI, do que resultou um acesso limitado, assim como um impacto limitado na saúde pública. É urgente que haja uma colaboração multilateral em cada país para tratar da malária na gravidez, ao mesmo tempo que se reforçam os serviços de SMNI de rotina e que se estabeleçam ligações com outras intervenções similares, tais como as de combate ao VIH/SIDA e os tratamentos das infecções sexualmente transmitidas (IST). Os trabalhos em curso para se atingirem os objectivos definidos na Declaração de Abuja continuam a reflectir o tipo de convergência política, de sinergia institucional e de consenso técnico necessários para se combater a malária.

A um nível mais programático é necessário considerar as dificuldades que as políticas de tratamento da malária enfrentam,

em especial no contexto da malária durante a gravidez. Seguindo as recomendações da OMS, a maioria dos países africanos passaram das monoterapias para as terapias de combinação baseadas na Artemisinina (TCA). Contudo, os derivados de Artemisinina ainda não são recomendados para o tratamento da malária durante o primeiro trimestre de gravidez, a não ser que não haja uma alternativa adequada. As TCA são recomendadas para utilização no segundo e no terceiro trimestres. O quinino é o medicamento de escolha ao longo de toda a gravidez, mas coloca problemas de adesão porque tem de ser administrado durante os sete dias da semana. Uma outra questão que se levanta é que o tratamento da malária por meio de TCA nas crianças com peso inferior a 5 kg não é recomendado. Para estas crianças, o tratamento recomendado é também o quinino.

Em situações em que a SP foi retirada do tratamento rotineiro da malária é por vezes difícil racionalizar a aprovação, pelas autoridades nacionais dos produtos farmacêuticos, ou por outras autoridades reguladoras, da utilização da SP para o TIPMG. O aparecimento da resistência do *P. falciparum* à SP, resistência que já está documentada em muitos países africanos, gerou preocupações acerca da eficácia da SP para o TIPMG. O facto de haver poucos dados para orientar os países com níveis moderados ou elevados de resistência à SP, acerca do uso deste medicamento para o TIPMG, ameaça o futuro desta estratégia. Uma reunião consultiva da OMS realizada em Outubro de 2005 já esclareceu esta questão (Caixa III.8.2).

CAIXA III.8.2 Recomendações da reunião consultiva da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a utilização da SP em locais com diversos níveis de resistência à SP

Para a prevenção e a monitorização da malária durante a gravidez nos locais onde a resistência à SP seja moderada a alta, a OMS recomenda o seguinte:

Nas áreas onde se reporte até 30 por cento de ineficácia na eliminação de parasitas no 14º dia, os países deverão:

- Continuar a implementar ou a adoptar uma política de pelo menos duas doses de tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIPMG) com SP; implementar outras medidas de monitorização da malária, como as redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI); e proceder também ao manejo dos casos de anemia e de malária
- Avaliar de forma contínua o impacto da SP relativamente ao TIPMG

Nas áreas onde se reporte de 30 a 50 por cento de ineficácia na eliminação de parasitas no 14º dia, os países deverão:

- Continuar a implementar ou a adoptar uma política de pelo menos duas doses de TIPMG com SP
- Insistir na utilização de RMTI
- Melhorar a gestão de casos de anemia e de malária
- Avaliar de forma contínua o impacto da SP relativamente ao TIPMG

Nas áreas onde se relate 50 por cento de ineficácia na eliminação de parasitas no 14º dia, os países deverão:

- Insistir na utilização de RMTI, assim como no manejo dos casos de anemia e de malária
- Se já existir uma política adequada, prosseguir com o TIPMG, com pelo menos duas doses de SP, e avaliar de forma contínua o impacto da SP relativamente ao TIPMG
- Se não existir qualquer política, considerar a adopção dos TIPMG com SP apenas depois de existirem mais evidências

Fonte: Referência²⁸

Sistemas de saúde de fraca qualidade

Mesmo quando estejam em vigor boas políticas, a debilidade dos serviços de saúde, especialmente a escassez de recursos humanos, de aprovisionamentos e de materiais e produtos, pode tornar lenta a implementação do diagnóstico da malária. Este diagnóstico, particularmente em locais onde há uma elevada taxa de transmissão, já por si é difícil. Uma combinação de factores, como profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho e políticas de tratamento em transformação, sem que haja formação em serviço adequada, pode ter como consequência uma fraca qualidade dos serviços. Uma avaliação da qualidade dos serviços públicos e privados de CPN na Tanzânia, por exemplo, revela que as directrizes para a prescrição de medicamentos para a anemia e para a malária não estão a ser seguidas.²⁹ As actuais dificuldades de recursos humanos em África e as possíveis soluções estão descritas em pormenor na Secção IV.

O fornecimento inadequado ou duvidoso de medicamentos e de outros produtos é um problema importante que ameaça o sistema de saúde em geral. Várias das intervenções eficazes propostas para a melhoria significativa e rápida da saúde e sobrevivência materna e dos recém-nascidos dependem do aprovisionamento de materiais como a SP, as RMTI, a vacina do toxóide tetânico e os antibióticos. O fabrico e o aprovisionamento global de RMTI, especialmente as Redes Mosquiteiras de Longa Duração Tratadas com Inseticidas (RMLDTI), não conseguiram acompanhar o ritmo da procura durante 2004 e 2005, mas estes estrangulamentos abrandaram significativamente em 2006, calculando-se que a produção global de redes mosquiteiras excedeu 70 milhões nesses anos. É evidente a necessidade de uma gestão previsional de stocks correcta e atempada.³⁰

Os sistemas imperfeitos de referenciação continuam a impedir o bom funcionamento dos cuidados de saúde. O reconhecimento dos sinais de perigo e das complicações a nível comunitário tem de ser complementado por um processo de referenciação eficaz e apoiado por cuidados de saúde de alta qualidade nas instalações respectivas dos serviços. Isto irá melhorar o manejo da malária e assegurar que as emergências obstétricas e outras complicações identificadas a nível comunitário sejam resolvidas por especialistas nos serviços de saúde.

A melhoria do sistema de saúde exige ligações mais fortes a todos os níveis entre os grupos que trabalham para a SMNI e os grupos que se orientam para causas específicas como a malária e o VIH. A recente integração das parcerias a nível global para constituírem a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (PSMNI) representa um grande potencial para a integração e a comunicação melhorada com a parceria Vencer a Malária (RBM) e com outras iniciativas específicas. É urgente a existência de mecanismos eficazes para o fluxo das comunicações e das informações entre as diversas parcerias, a fim de facilitar a troca de ideias, de experiências e de melhores práticas, assim como para simplificar os processos, aumentar o financiamento e garantir os aprovisionamentos, evitando assim a duplicação de esforços e melhorando os resultados para benefício da saúde das crianças e das mães.

Medidas práticas para fazer avançar a integração

Este capítulo salientou que o impacto dos programas de monitorização da malária sobre a saúde dos recém-nascidos se concretiza antes do mais por serviços eficazes de SMNI. Há portanto uma necessidade fundamental de convergência entre os programas da malária e os serviços de SMNI, um processo que pode ser melhorado com as medidas seguintes.

Promover uma abordagem holística que garanta o financiamento necessário para melhorar os cuidados continuados de saúde.

Assegurar que uma abordagem holística dos serviços de SMNI seja incluída nos financiamentos para a malária é de importância fundamental. O que está em causa é o potencial de expansão dos serviços orientados para a monitorização da malária durante a gravidez de modo a incluir as intervenções sobre os recém-nascidos através de apoios do Fundo Global para a SIDA, a Tuberculose e a Malária, da Iniciativa Presidencial para a Malária, do programa do Banco Mundial “Malaria Booster” assim como de outros fundos. O parto prematuro resultante da parasitemia da malária pode justificar a inclusão de intervenções específicas, tanto ao nível da comunidade, como ao nível dos serviços de saúde, numa proposta de financiamento para a malária.

Integrar as políticas, a implementação das directrizes e a prestação dos serviços, nos serviços de SMNI.

As políticas que facilitam a assistência à saúde e a utilização de várias estratégias têm de ser harmonizadas nos programas de SMNI e de monitorização da malária. Na maioria dos casos, as políticas são criadas e tornadas públicas por um programa sem que se proceda a uma consulta, ou análise, acerca dos efeitos potencialmente negativos sobre os outros programas. Terá de se proceder a uma revisão das directrizes de implementação das políticas para garantir que a saúde dos recém-nascidos seja realmente tratada, em vez de estar apenas implícita.

Aproveitar as possibilidades de melhorar os serviços de combate à malária para melhorar outros cuidados de saúde prestados através dos programas de CPN e de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI).

Resolver as limitações do manejo da malária poderá também beneficiar as mães e os



recém-nascidos com outras enfermidades através do CPN e da AIDI. Ao melhorarem-se os serviços da malária no CPN, por exemplo, outros aspectos do CPN e da SMNI podem também ser melhorados, especialmente em termos de acções de promoção do fornecimento de outros produtos e serviços. A distribuição de RMTI durante as consultas de CPN e através de outras instâncias dos serviços de saúde teve como resultado um aumento de aceitação destes serviços. A melhoria da referenciação dos casos de septicémia neonatal poderá ser complementada com esforços para o manejo de casos de crianças com malária. As políticas da malária são geralmente bem encaradas pelos decisores de políticas, constituindo uma boa oportunidade para se aproveitar esta boa vontade em prol de um pacote mínimo que trate, por exemplo, dos requisitos específicos da febre relacionada com a malária nos recém-nascidos.

Aproveitar a oportunidade de melhorias das instalações laboratoriais e dos produtos para a malária para melhorar também a logística global dos produtos das emergências obstétricas, dos cuidados aos recém-nascidos e dos serviços de SMNI. As melhorias introduzidas no aprovisionamento de medicamentos e de outros materiais, na gestão das existências e nos serviços de laboratórios, beneficiariam não só os programas da malária, mas também o manejo da septicémia neonatal e a prestação de cuidados obstétricos de emergência. Estabelecer uma ligação com os programas da malária poderá melhorar a SMNI ao resolver a questão das existências dos medicamentos necessários que podem ser utilizados em especial no manejo da septicémia neonatal, antes de se proceder a qualquer referenciação. (Secção III, capítulo 5).

Aproveitar a mobilização social e as técnicas de comunicação para modificar os comportamentos, a fim de aumentar a procura dos serviços de SMNI. O reconhecimento precoce de sinais de perigo nas mães, nos recém-nascidos e nas crianças deverá ser integrado nas acções de mobilização social e de comunicação a nível comunitário, utilizando para isso uma série de instrumentos e de métodos, desde os meios de comunicação social à comunicação interpessoal. O reconhecimento de sinais de perigo da malária e os programas para o seu manejo em casa poderão ser alargados para incluírem o reconhecimento dos sinais de perigo dos recém-nascidos e dos sinais das complicações obstétricas. As intervenções sobre as comunicações podem motivar a procura de serviços de saúde para os recém-nascidos, especialmente nos países onde as mães e os recém-nascidos permanecem em casa durante vários dias devido a costumes tradicionais. Outra possibilidade potencial é acrescentar kits de parto limpo aos kits de medicamentos pré-embalados, fornecidos para o tratamento da malária em casa.

Conclusão

Melhorar a saúde dos recém-nascidos em locais com poucos recursos constitui um enorme desafio que, contudo, não é insuperável, especialmente porque a morbilidade e a mortalidade infantis não são atribuíveis a uma só causa, mas sim a uma multiplicidade de factores, muitos dos quais podem ser resolvidos através de programas já existentes. A malária é um desses factores que afectam a saúde da mãe e que conduzem a uma deficiente saúde do recém-nascido. Existem intervenções eficazes para tratar

da malária na gravidez: a utilização de RMTI pelas mulheres grávidas e a aceitação do TIPMG. Contudo, a cobertura de ambas permanece relativamente baixa quando comparada com o CPN, que pode prestar muitos mais serviços de qualidade. As dificuldades quanto a melhorar a implementação do TIPMG incluem a necessidade de criar procura para eles por parte das grávidas, através do CPN, de aumentar o reconhecimento, pelas famílias e pela comunidade, de que as grávidas e os seus nascituros correm graves riscos se contraírem a malária, e de se melhorar o aprovisionamento e a gestão das existências de produtos. Outros factores limitativos incluem o aumento da resistência à SP, que pode acabar por ter um impacto negativo na eficácia do TIPMG com SP. É urgente e necessária uma profilaxia antimalárica alternativa para os TIPMG e para o tratamento das grávidas com malária.

Com o aumento da atenção dedicada às políticas por parte de vários sectores da sociedade e devido a uma maior disponibilidade de recursos para a prevenção e a monitorização da malária, mais grávidas terão possibilidade de aceder aos TIPMG, mais grávidas e os seus bebés poderão dormir sob redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, e o número das mães e crianças que recebem tratamentos eficazes para a malária irá aumentar. Os financiadores estão neste momento a apoiar a ideia de uma maior integração dos serviços de SMNI nos programas de monitorização da malária. É necessária uma maior coordenação entre estes programas para que se passe a dispor de serviços integrados e eficazes.

Medidas prioritárias para integrar os programas de monitorização da malária nos serviços de SMNI

- Defender uma abordagem holística que assegure os financiamentos para a melhoria dos pacotes essenciais dos serviços de SMNI e dos programas dos cuidados continuados de saúde
- Integrar as políticas da malária, a implementação das directrizes e os serviços prestados, nos serviços de SMNI
- Aproveitar a oportunidade de se melhorarem os serviços da malária para se melhorarem outros cuidados de saúde prestados através do CPN e especialmente dos serviços de AIDI.
- Aproveitar a oportunidade de melhorarem os serviços e os produtos de laboratório para a malária, para melhorar a logística dos aprovisionamentos de materiais e produtos necessários às emergências obstétricas, aos cuidados dos recém-nascidos e aos serviços de AIDI
- Aproveitar as possibilidades da mobilização social e das técnicas de comunicação para a modificação de comportamentos que faça aumentar a procura dos serviços de SMNI

Programas de vacinação

Ahmadu Yakubu, Jos Vandelaer, Gezahegn Mengiste, Fouzia Shafique, Tedbab Degefie, Robert Davis, Tunde Adegboyega

Os programas de vacinação têm-se focalizado tradicionalmente na prevenção das doenças dos lactentes ou de crianças mais velhas. Contudo, estes programas também têm a possibilidade de salvar vidas de recém-nascidos, evitando o tétano ou a rubéola pela vacinação das mulheres. Calcula-se que na África Sub-Sahariana morrem anualmente 70 000 recém-nascidos nas primeiras quatro semanas de vida devido ao tétano neonatal. Este flagelo subsiste apesar de o tétano neonatal poder ser evitado durante a gravidez por meio de duas injeções de toxóide tétânico (TT) que custam apenas 0,20 cêntimos de dólar, ou por meio de práticas higiénicas durante o parto. Tem havido igualmente um interesse cada vez maior em evitar a síndrome da rubéola congénita através da vacinação.

Além de prevenir estas doenças mortais, a vacinação dos recém-nascidos e das futuras mães, integrada em programas como o Programa Alargado de Vacinações (PAV), financiado pela Aliança Global para a Vacinação e a Imunização (AGVI) e outros, possibilita que se melhorem as intervenções de SMNI ou que se prestem outras intervenções destes serviços. Novas estratégias, como os Dias ou Semanas de Saúde Infantil para a Vacinação das Crianças, também proporcionam um conjunto de outras intervenções para além da vacinação, possibilitando assim que se prestem serviços de saúde especificamente orientados para os recém-nascidos, ao mesmo tempo que, transversalmente, se tratam outros problemas de saúde das mães e dos recém-nascidos.

Que possibilidades existem de expandir os actuais programas de vacinação e de salvar as vidas dos recém-nascidos? E como podem os serviços de vacinação facilitar a prestação de outras importantes intervenções de SMNI?



Problema

Todos os anos, mais de quatro milhões de crianças africanas, incluindo mais de um milhão de recém-nascidos, morrem antes do seu quinto aniversário, e muitas delas morrem de doenças evitáveis com vacinas. Os programas de vacinação e de imunização são fundamentais para reduzir o número de mortes, de doenças e de incapacidades.¹ Todos os países criaram programas de vacinação, mas a sua cobertura está muitas vezes dependente do estágio de desenvolvimento do sistema de saúde de cada país, como as suas infra-estruturas, capacidade de gestão, e verbas disponíveis. A incapacidade de alcançar as mães e os recém-nascidos, especialmente através do Controlo Pré-Natal (CPN) e no período pós-natal imediatamente seguinte, contribui para as lacunas que se verificam na cobertura das vacinações. Por conseguinte, devido a estes factores, não se atingiu ainda o objectivo



da cobertura universal, importante tanto do ponto de vista da vacinação como da igualdade de direitos.² Os encargos com o tétano materno e neonatal (TMN) e o rácio custo/eficácia da sua prevenção convertem a eliminação do tétano materno e neonatal (ETMN) num tema especialmente relevante para a sobrevivência de ambos. A falta de uma cobertura eficaz de vacinações, especialmente da vacinação do toxóide tetânico, e as oportunidades não aproveitadas dos programas de vacinação, afectam negativamente as mulheres, os recém-nascidos e as crianças

Efeitos nas mulheres: devido ao facto de a infecção materna com tétano ser uma condição associada à pobreza e que afecta mulheres não vacinadas e que dão à luz em condições não higiénicas, não existem informações sobre a dimensão do problema.³ A verdadeira tragédia consiste em que as mortes atribuídas à infecção pelo tétano poderiam ter sido evitadas através de Controlo Pré-Natal focalizado, de vacinações, de práticas higiénicas durante o parto, e de Controlo Pós-Natal eficaz. Contudo, os programas de vacinação não conseguem vacinar muitas mulheres com duas ou mais doses de toxóide tetânico (TT2+), o que revela que há estruturas inadequadas nos sistemas de saúde que afectam sobretudo os que têm menos possibilidades de acesso aos cuidados de saúde, como é o caso dos grupos minoritários e das populações rurais.

Efeitos nos recém-nascidos: as infecções, incluindo as do tétano, representam 39 por cento dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos que ocorrem anualmente na África Sub-Sahariana.⁴ Contudo, a elevada taxa de mortalidade neonatal da região proporciona a oportunidade de se reduzirem de forma acentuada as mortes devidas a infecções, concretamente as causadas pelo tétano. De acordo com estimativas recentes, o tétano neonatal causa 70 000 mortes em 30 países africanos, mas porque se trata de uma doença dos pobres, cujas mortes muitas vezes nem constam das estatísticas, não há muitas certezas acerca dessas estimativas. As taxas de casos fatais para esta infecção são altas e 70 a 95 por cento dos bebés infectados podem morrer se não forem submetidos a cuidados intensivos.⁴

Efeitos nas crianças: A protecção que um recém-nascido pode ter contra o tétano, que é adquirida através da transmissão das anti-toxinas do tétano, de uma mãe vacinada para o feto durante a gravidez, não durará ao longo de toda a infância, o que coloca a criança em crescimento sob um maior risco de infecção. Por conseguinte, as crianças devem ser submetidas a um plano de vacinações completo que inclua o toxóide tetânico. Na maioria dos países, os planos de vacinação incluem a vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), a vacina contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano, a vacina oral contra a poliomielite (VOP), e as vacinas contra o sarampo e a Hepatite B. A maioria destes planos tem como alvo as crianças antes do seu primeiro aniversário. Para ficarem completamente protegidas contra doenças evitáveis por vacinação, as crianças deverão ser postas em contacto com os serviços de saúde, diversas vezes, no seu primeiro ano de vida.

Certas práticas sociais e culturais podem aumentar o risco de algumas enfermidades evitáveis pela vacinação, afectando assim adversamente a cobertura que se pretende. Nalgumas comunidades pastoris, por exemplo, colocar bosta de vaca no cordão umbilical é considerado uma bênção que assegura que o bebé vai possuir muito gado.⁵ Esta prática, contudo, implica um enorme risco de infecção pelo tétano neonatal. Noutros casos, as comunidades podem rejeitar a vacinação, especialmente das mulheres grávidas, porque a interpretam como uma prática de controlo de natalidade.

Abena - todos os recém-nascidos contam

Abena - o seu nome significa “rapariga nascida numa Quinta-feira” - nasceu numa cabana escura. A mãe de Abena, Efua, não tinha dinheiro para dar à luz no hospital, e a tia de Efua ajudou-a cortando o cordão umbilical com uma lâmina suja e cobrindo-o com um pedaço de pano velho. Abena conseguiu mamar bem no princípio, mas no terceiro dia, Efua notou que ela mamava sem força. No quarto dia, os músculos de Abena estavam rígidos, não conseguia mamar e o seu corpo começou a ter contracções espasmódicas ao mínimo sinal de agitação em seu redor. Só viveu mais cinco dias. A tia de Efua enterrou o pequeno corpo no campo de inhame e pediu a Efua para não chorar, se não os espíritos levariam também o seu próximo filho. Ninguém registou o parto de Abena nem a sua morte.

Pacote

- Vacinar uma grande proporção de bebés antes do parto, durante o parto ou pouco após o parto, é fundamental para o êxito de muitas das vacinas que reduzem o número de mortes e de doenças durante a infância e ao longo da vida. Os programas de vacinação podem salvaguardar a saúde dos bebés, não apenas vacinando os recém-nascidos durante o período pós-natal, mas também administrando vacinas à mãe, produzindo-se desse modo um efeito no recém-nascido. A maior parte das vacinações que têm em vista a saúde dos recém-nascidos, como o toxóide tetânico e a vacina da rubéola, são administradas à mãe. É claro que destas, a que tem o maior impacto é a vacina contra o tétano, mas outras vacinas administradas antes da gravidez, como a da rubéola, possuem também um potencial elevado de salvar vidas e reduzir doenças graves e incapacidades. Além disso, há também algumas vacinas administradas aos bebés imediatamente após o parto, como:
- A vacina do BCG para diminuir o risco de tuberculose
- A vacina da hepatite B para prevenir a infecção da hepatite B
- A vacina oral contra a poliomielite (VOP) para prevenir a infecção causadora da paralisia infantil

Este capítulo centrar-se-á nas vacinações directas que salvam vidas de recém-nascidos, sobretudo a do tétano, mas também a vacina da rubéola, e descreverá resumidamente as vacinações efectuadas no período pós-natal, discutindo as possibilidades de se melhorarem os serviços existentes de vacinação ao proceder-se a outras intervenções incluídas na SMNI e recolhendo dados mais completos necessários à tomada de decisões. Finalmente, mencionará as medidas práticas para integrar as vacinações nos programas de SMNI.

Prevenção do tétano materno e neonatal

Ao reconhecerem a importância do Tétano Materno e Neonatal-TMN, as entidades de saúde pública passaram a interessar-se pela sua eliminação. Define-se estágio de eliminação aquele em que existe por ano menos de um caso de tétano neonatal por 1 000 nados vivos a nível distrital.⁶ Isto não significa erradicação que, como exemplificam os esforços desenvolvidos contra a varíola, se consegue através de um esforço coordenado para travar a disseminação de determinada doença. O tétano não pode ser totalmente erradicado, e para atingir e manter a eliminação, são necessários esforços contínuos para conter o número de casos ao nível de menos de 1 por 1 000 nados-vivos por ano. O pacote da ETMN assenta fundamentalmente na aplicação generalizada da vacina e inclui também a promoção de práticas higiénicas durante o parto e uma vigilância activa para identificar e gerir os restantes ou os novos casos de tétano, mesmo depois de um país ter atingido o estágio de eliminação.

Aplicar a vacina do toxóide tetânico às mulheres

Vacinar a mãe antes do parto com TT protege-a a ela e ao recém-nascido contra o tétano, e o Controlo Pré-Natal é a principal porta de entrada programática para uma vacinação de rotina contra o tétano. Uma grávida deve receber pelo menos duas doses da vacina, a menos que já esteja imunizada por vacinações anteriores contra o tétano. Cinco doses de TT podem garantir protecção durante todos os anos férteis, e até durante mais tempo. Contudo, nas áreas onde o sistema de saúde for de baixa qualidade, recorre-se a actividades suplementares de vacinação (ASV) para, através de campanhas, aplicar o TT a todas as mulheres em idade fértil.

Promover serviços de partos higiénicos a todas as grávidas

Em áreas com cobertura insuficiente de TT, os sistemas de saúde são geralmente demasiado deficientes para prestar às mulheres assistência especializada ao parto que possa prevenir o tétano materno e neonatal. Ocorrendo a maioria dos partos em África fora dos serviços de saúde e sendo lentos os progressos na melhoria da assistência especializada na comunidade, este tipo de assistência continua a ser um problema. Contudo, algumas estratégias baseadas na comunidade têm tido êxito relativamente à promoção dos partos limpos e aos cuidados higiénicos ao cordão umbilical fora dos serviços de saúde. Uma estratégia de alteração de comportamentos que foi aplicada aos hábitos de elevado risco após o parto teve como resultado uma redução de 90 por cento no tétano neonatal entre os Masai do Quénia, mesmo sem se aumentar a cobertura do TT.⁵

Implementação da vigilância e de respostas activas ao tétano materno e neonatal

A vigilância epidemiológica dos casos permite que se identifiquem as áreas sobrecarregadas com a doença.⁷ Infelizmente, apesar das exigências legais, nos países africanos muitas vezes os nascimentos e as mortes não são registadas e os dados fiáveis com causa específica são ainda mais raros. Os 20 por cento de casos relatados de tétano neonatal e de mortes - por vezes até menos de 1 por cento - são portanto muito inferiores à realidade (vide Quadro III.9.1). Quando não existam dados fiáveis, os modelos podem servir para calcular o impacto das intervenções sobre a sobrecarga de tétano neonatal. Certos modelos e métodos diferentes produzem também resultados diversos e têm objectivos diversos, pontos fortes e pontos fracos, conforme se expõe nas notas aos dados, na página 226. O objectivo principal desses modelos é calcular os progressos e orientar as tomadas de decisão.

TABELA III.9.1 Relatos de tétano com valores abaixo dos reais na África Ocidental

País	Relatados	Eficiência do relato
Benim	10	7%
Burquina Faso	8	<1%
Costa do Marfim	95	6%
Gâmbia	1	7%
Gana	105	4%
Guiné	272	16%
Guiné-Bissau	5	3%
Libéria	166	20%
Mali	31	1%
Mauritânia	11	3%
Níger	27	1%
Nigéria	1871	4%
Senegal	16	1%
Serra Leoa	0	0%
Togo	39	11%

Fonte: da referência⁸. Com base em casos relatados e estimados de tétano neonatal

Vacinação da rubéola e prevenção da síndrome da rubéola congénita

A nível mundial, cerca de 100 000 bebés nascem anualmente com a síndrome da rubéola congénita como consequência de as suas mães estarem infectadas com rubéola durante a gravidez.⁹ A síndrome da rubéola congénita pode causar nados-mortos, causar a morte de recém-nascidos e de crianças, ou causar deficiências de longo prazo devidas a restrições de crescimento, defeitos cardíacos, cataratas e surdez. A síndrome da rubéola congénita não é relatada de acordo com os seus valores reais em África,¹⁰ e a consciência que os habitantes têm da doença é muitas vezes baixa, especialmente porque as mulheres podem ter muitos sintomas não específicos e não reconhecidos nas primeiras semanas de gravidez.¹¹

A síndrome da rubéola congénita nos recém-nascidos previne-se evitando que a mãe seja infectada com a rubéola durante o primeiro trimestre de gravidez. Isto consegue-se se a mãe estiver imunizada contra a rubéola antes da gravidez, por já ter tido uma infecção natural, ou por ter sido vacinada. A vacinação contra a rubéola durante a infância evitará a infecção mais tarde na vida, mas se não for possível manter a cobertura em níveis elevados, as mulheres adultas que não tiverem sido vacinadas correrão um maior risco de infecção, do que resultará uma maior susceptibilidade à síndrome da rubéola congénita. Portanto, uma estratégia alternativa consiste em vacinar as adolescentes e/ou as mulheres em idade fértil, ou por meio de uma estratégia de vacinação de rotina, ou sob a forma de campanha, por exemplo nas escolas.

A OMS recomenda que nos locais onde a cobertura seja baixa, os governos prevejam uma vacinação das adolescentes e/ou das mulheres em idade fértil, e logo que a cobertura da vacina tríplice (DPT3 - Difteria, Tosse Convulsa e Tétano) e do sarampo ultrapasse os 80 por cento, o país deve pensar na introdução da rubéola em programas de vacinação de rotina das crianças.¹¹

Vacinar os recém-nascidos para que estejam protegidos no futuro

Embora o TT seja o exemplo mais óbvio de vacina para redução das mortes de recém-nascidos, há outras vacinas importantes que têm impacto na saúde ao longo da vida. Essas intervenções exigem que haja contactos entre os serviços de saúde, a mãe e o bebé, durante o período pós-natal. As vacinas usadas mais frequentemente são a BCG, a vacina oral contra a poliomielite (VOP) e a vacina da hepatite B.

Vacinação com o Bacilo Calmette-Guérin para redução do risco de tuberculose e de lepra: A vacina BCG existe desde há 80 anos e é uma das mais amplamente utilizadas de entre todas as vacinas. Possui um efeito protector bem documentado contra as causas mais frequentes de mortes relacionadas com a tuberculose na infância, a meningite tuberculosa e a tuberculose aguda nas crianças, assim como a lepra. Contudo, não evita a primo-infecção e, o que é mais importante, não evita a reactivação da infecção pulmonar latente que é a causa principal de disseminação do bacilo na comunidade. O impacto da vacinação com BCG na transmissão das microbactérias “tuberculosis” (ou bacilos de Koch), que é o agente infeccioso, é portanto limitado. A alta cobertura da BCG indica que os lactentes e as suas mães estão ao alcance dos sistemas de saúde, e que existem assim oportunidades para se prestarem outros cuidados adicionais aos recém-nascidos.

Vacinação contra a hepatite B para prevenir a sua transmissão de mãe para filho: Os resultados da infecção com o vírus da hepatite B dependem da idade e incluem a hepatite B aguda (cl clinicamente aparente ou diagnosticável), a infecção crónica com hepatite B, a cirrose e o carcinoma hepatocelular (cancro do fígado). Quanto mais cedo a criança for infectada, maior é o risco de graves complicações mais tarde. Calcula-se que em todo o mundo, mais de dois milhares de milhões de pessoas foram infectadas com hepatite B, das quais 360 milhões sofrem de infecções crónicas com um risco de doença grave e de cirrose e carcinoma hepatocelular. A cirrose e o carcinoma hepatocelular causam cerca de 500 000 a 700 000 mortes anualmente em todo o mundo. As formas comuns de transmissão incluem a transmissão de mãe para filho, a transmissão entre crianças, práticas de aplicação não seguras de injeções, transfusões de sangue e contactos sexuais. A vacinação com 3 a 4 doses de vacina da hepatite B induz níveis de anticorpos protectores em mais de 95 por cento dos receptores, dura pelo menos 15 anos e, possivelmente, até toda a vida. Nos programas nacionais opta-se por vários momentos para a vacinação da hepatite B, dependendo disso da situação epidemiológica local e de considerações programáticas. Na maioria dos países africanos, a transmissão de mãe para filho é menos comum e, por isso, a vacinação pode começar mais tarde, com base na viabilidade e no rácio custo-eficácia do tempo óptimo de vacinação. Contudo, em países onde a elevada proporção de infecções com hepatite B é adquirida durante o parto, a primeira dose de vacina deve ser dada o mais cedo possível (dentro de 24 horas após o parto).¹²

Vacinação oral contra a poliomielite para evitar a infecção:

A poliomielite é uma doença aguda contagiosa causada pelos tipos 1, 2 e 3 do vírus da poliomielite, transmitido por contacto de pessoa a pessoa. Em média, só 1 de entre 200 crianças infectadas desenvolvem a paralisia.¹³ A poliomielite pode ser evitada através de vacinação por meio de uma vacina injectável de poliovírus inactivado (IPV), ou por meio de uma vacina oral de poliovírus vivo (OPV), sendo ambas geralmente eficazes contra os três tipos do vírus. A utilização generalizada da vacina OPV, tanto em locais de rotina como em campanha, tem constituído uma pedra basilar do programa mundial de erradicação da poliomielite. O plano de vacinação de rotina consiste em quatro doses de OPV no primeiro ano de vida, a primeira das quais é administrada na altura do parto.



Cobertura actual e tendências

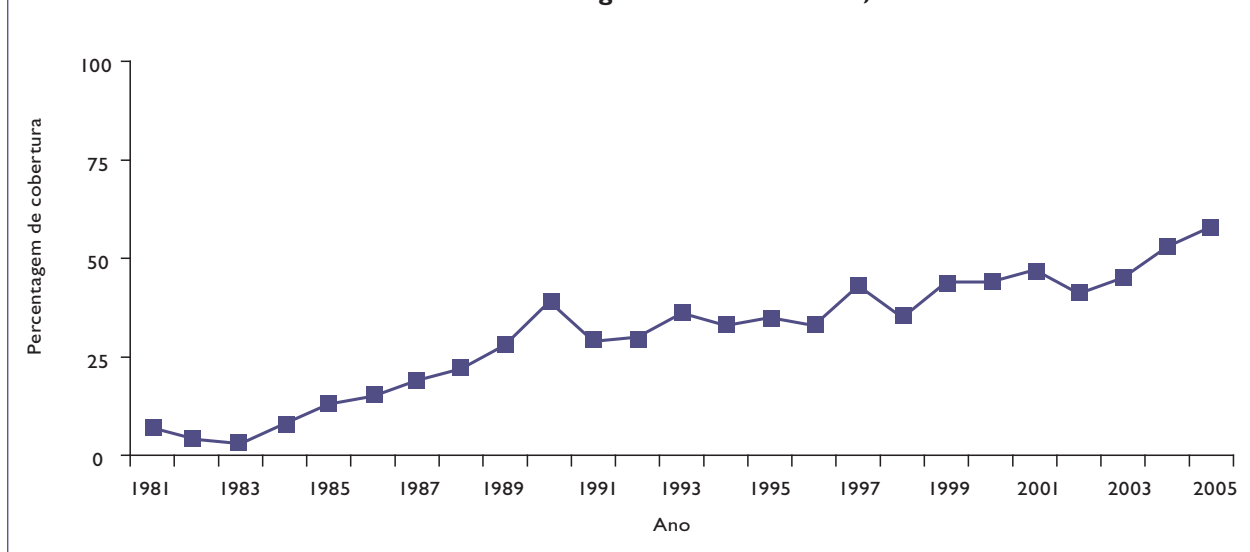
Os programas de vacinação têm sido implementados desde os anos 70 e 80, e os progressos que se verificaram na cobertura da vacinação levaram a uma redução substancial do número de doenças infecciosas nas crianças. Contudo, na África Sub-Sahariana, de acordo com dados de 2004, só 65 por cento das crianças com menos de um ano receberam três doses da vacina DPT, quando a nível mundial esse valor é de 78 por cento.¹⁴ Se bem que a vacinação salve milhões de vidas anualmente, há ainda espaço para se introduzirem melhoramentos, especialmente entre as populações que não beneficiam de serviços de saúde regulares.

Tétano

A vacinação de rotina entre as mulheres grávidas, ou a cobertura da dose dupla do Toxóide tetânico (TT2+) na região africana, foi de 37 por cento em 1990 e de 44 por cento em 2000, e tem vindo a aumentar recentemente até atingir cerca de 58 por cento em 2005.^{14,15} (Figura III.9.1) Além de uma maior cobertura, há agora mais governos empenhados em reduzir o Tétano Materno e Neonatal -TMN, conforme se comprova pela criação

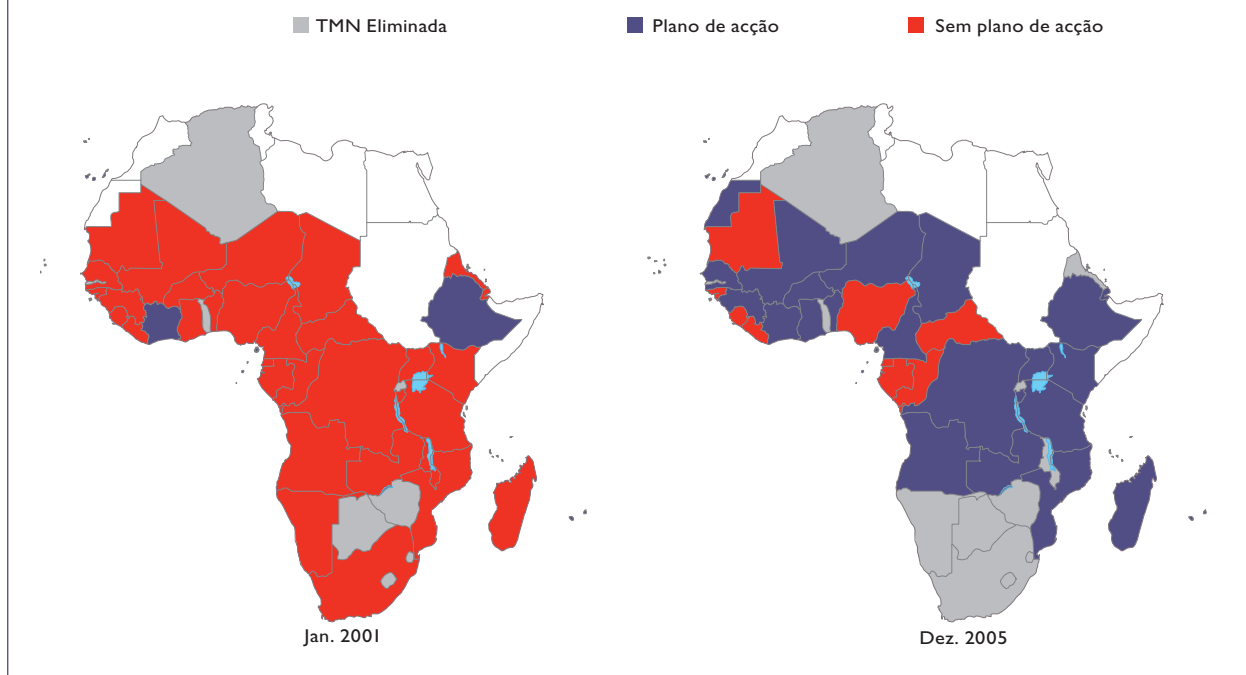
de planos de acção nacionais. (Figura III.9.2) A fim de acelerar o progresso no sentido da eliminação do TMN, implementaram-se actividades suplementares de vacinação em toda a região, orientadas para todas as mulheres em idade fértil, nas áreas de alto risco, aplicando-se três doses de TT. Este método permitiu a vacinação de mais de 20 milhões de mulheres que viviam em áreas mal servidas de 21 países africanos. Se não se tivesse actuado, estas mulheres e os seus filhos teriam permanecido em situação de risco de contracção do tétano. Devido a este progresso, desde 2000 sete países africanos foram validados ou certificados como tendo eliminado o tétano materno e neonatal.¹⁶ Além disso, as melhorias introduzidas na vacinação durante a infância, ou a cobertura da vacina tríplice (DPT3) terão um impacto a longo prazo, dado que as doses da DPT na infância reduzirão a necessidade de as futuras mães receberem na idade adulta doses de reforço múltiplas de TT.

FIGURA III.9.1 Cobertura relatada de TT2+ na região africana da OMS, 1981-2005



Fonte: OMS, "Global and Regional Immunization Profile: African Region, 2005"

FIGURA III.9.2 Progressos no sentido da eliminação do tétano materno e neonatal em África: evolução dos planos de acção dos países para eliminação do TMN



Fonte: Escritório regional africano da OMS, 2005

Rubéola

A vacinação de rotina da rubéola continua a ser uma excepção na maioria dos países africanos. Em 2004, só dois países africanos comunicaram que usavam uma vacina da rubéola nos seus programas de vacinação de crianças.¹⁷ Há muito poucos casos de síndrome da rubéola congénita comunicados anualmente à OMS, mas os estudos feitos sugerem que os casos oficialmente comunicados são frequentemente inferiores à realidade.^{9;18}

BCG, Hepatite B, e OPV

Em 2004, 76 por cento dos recém-nascidos receberam BCG na África Sub-Sahariana, uma proporção que se tem mantido estável nos últimos anos.¹⁴ Todos os países da África Sub-Sahariana usam a vacina, e todos, com excepção de um, administram-na na altura do parto. Dos 30 países da África Sub-Sahariana que informaram ter administrado a vacina da Hepatite B, quatro dizem que administram uma dose durante o parto.¹⁷ Conjuntamente com a vacina contra a poliomielite, o esforço mundial para a erradicação da doença fez limitar a sua ocorrência apenas a alguns países, limitando-a a cerca de 1 000 a 2 000 casos anualmente. A OPV é utilizada em todos os países da África Sub-Sahariana, e em 37 deles uma dose de OPV por ocasião do parto faz parte do esquema de vacinações de rotina.

Possibilidades de integrar as actividades de vacinação nos serviços de SMNI

Os serviços de vacinação e os da SMNI são parceiros “naturais”, visto terem grupos alvo similares. Actualmente todos reconhecem que se têm de explorar mais as possibilidades de ligação das vacinações com outras intervenções se se pretender que os programas de saúde produzam os máximos benefícios. A Perspectiva e Estratégia Global de Vacinação, por exemplo, descreveu esta integração como uma das suas quatro áreas estratégicas mais

importantes, e a Aliança Global para a Vacinação e a Imunização (AGVI) disponibilizou 500 milhões de dólares para apoiar a melhoria dos sistemas de saúde, o que deverá beneficiar todos os serviços de saúde, incluindo os serviços de SMNI. Os serviços de vacinação têm frequentemente acesso às comunidades, o que permite uma distribuição mais equitativa das vacinas.^{2;19} Os programas são flexíveis e utilizam uma diversidade de métodos que incluem cartazes, serviços de proximidade e equipas móveis, consoante a distância a ser percorrida e as populações alvo. Há poucos exemplos em que as vacinações e outras intervenções especificamente orientadas para a melhoria da saúde dos recém-nascidos tenham sido interligadas. Alguns países estão a explorar as seguintes quatro possibilidades que podem servir como base para outras iniciativas de integração.

1. Controlo Pré-Natal e serviços de vacinação de rotina

Existem várias possibilidades de se integrarem os serviços de SMNI nos vários programas de vacinação, concretamente no da eliminação do Tétano Materno e Neonatal-TMN. Isto é especialmente evidente no que se refere à possibilidade de vacinar contra o tétano mulheres grávidas e mulheres em idade fértil. A cobertura relativamente alta de África com CPN - 69 por cento - possibilita tanto as intervenções biomédicas como as relativas aos comportamentos, o que inclui a vacinação das mulheres contra o tétano, a promoção da assistência especializada durante o parto e as práticas higiénicas no cordão umbilical. Esta possibilidade é ainda maior onde a cobertura do CPN seja elevada; em 15 países da África Sub-Sahariana, a cobertura de mulheres que comparecem pelo menos a uma consulta pré-natal é de 90 por cento ou superior.¹⁴ (Vide Secção II, capítulo 2). Os serviços de CPN proporcionam uma excelente oportunidade para se aplicar nas próprias instalações dos serviços um pacote de intervenções de saúde que incluem o TT.

2. Dias Especiais de Vacinação, Dias e Semanas dedicadas à Saúde Infantil e intervenções similares

Vários países estão actualmente a implementar Dias e Semanas dedicadas à Saúde Infantil, ou Dias Especiais de Vacinação. Embora sejam conhecidas por designações diferentes, estas actividades partilham um objectivo comum que é o de prestar uma série de intervenções com periodicidade regular (por exemplo, trimestralmente ou semestralmente) mobilizando um grande número de profissionais de saúde. Estas intervenções são mais frequentes, mas menos verticais do que as campanhas de vacinação e têm lugar em instalações dos serviços de saúde, em postos temporários como os mercados, as escolas, locais de culto, etc. e recorrem a instrumentos comunitários como equipas que vão de porta em porta para executar as intervenções. Estes dias especiais possibilitam a transmissão de mensagens dos serviços de SMNI, assim como a execução de intervenções preventivas e curativas a nível da comunidade, incluindo as populações remotas. Os pacotes podem ser adaptados às necessidades de cada país, às verbas e materiais disponíveis, e à viabilidade local. Por exemplo: além do TT, durante essas actividades de proximidade podem prestar-se às mulheres grávidas serviços nas áreas do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez, das redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, das questões relacionadas com o CPN, como a preparação para o parto, dos tratamentos anti-helmínticos maternos e dos suplementos alimentares com micronutrientes. As crianças podem beneficiar de um pacote diferente.

Integrar as intervenções relevantes da SMNI com os Dias/Semanas de Saúde Infantil não só produz um maior impacto como também reduz o tempo total despendido nas intervenções e o

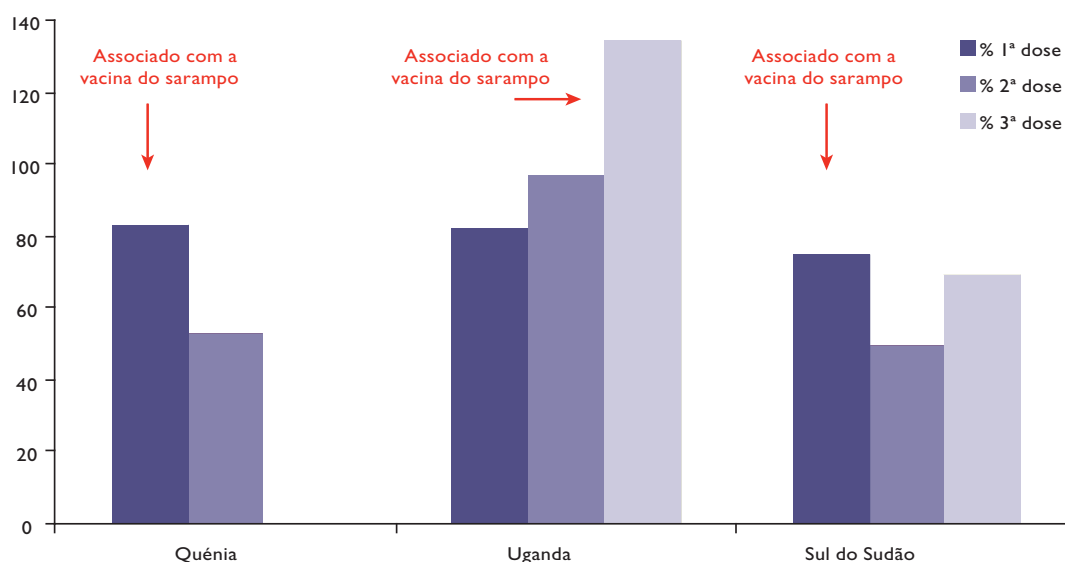
custo dos programas porque as equipas de saúde e os membros da comunidade convergem e assim os serviços são prestados num lugar e num horário bem publicitados.

3. Campanhas de vacinação

As campanhas de vacinação são utilizadas para se conseguir rapidamente uma cobertura elevada nas áreas onde a vacinação de rotina não teve êxito. Essas campanhas são também utilizadas para interromper a transmissão dos vírus e para minimizar os riscos em que incorrem os indivíduos susceptíveis. Em toda a África, as campanhas contra o sarampo têm reduzido a mortalidade, as campanhas contra a poliomielite têm interrompido a transmissão do vírus da poliomielite e as campanhas do tétano conseguiram imunizar mulheres nas áreas de elevado risco.

Se bem que estas campanhas proporcionem a possibilidade de se prestarem serviços que ultrapassam as vacinações, como a administração de vitamina A durante as campanhas contra a poliomielite, ou a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas durante as campanhas do sarampo, as ASV para o TT são especialmente adequadas para se alcançarem as mulheres que habitam em áreas remotas mal servidas pelos serviços de saúde. Os distritos onde as ASV vão ser implementadas são identificados com uma série de indicadores, como o da incidência do tétano neonatal, o da cobertura de TT2+, o da cobertura do CPN, e o das taxas de partos limpos. O objectivo é seleccionar os distritos onde os serviços de vacinação de rotina são deficientes e onde o TMN ainda não foi eliminado (vide Caixa III.9.1). Deste modo, os distritos seleccionados representam geralmente as áreas pior servidas do país e, como tal, podem ficar também identificados para outras intervenções.

FIGURA III.9.3 Cobertura do TT quando combinado com as actividades de vacinação do sarampo



Nota: a cobertura excede 100 por cento porque os valores reais da população são desconhecidos e as populações-alvo baseiam-se em estimativas retiradas de dados dos recenseamentos e nalguns países a contagem é incompleta.

Fonte: Apresentação realizada numa Reunião do Comité do Programa de ETMN "The role of supplementary immunisation activities in achieving MNTE, The Example of Uganda," Gezahegn Mengiste, Maio de 2004.

CAIXA III.9.1 Mobilização das comunidades para a prevenção do tétano na Etiópia

Em 2000 faleceram na Etiópia cerca de 147 000 bebés nos primeiros 28 dias de vida. Naquela altura, o tétano era a causa de cerca de 14 000 a 20 000 mortes de recém-nascidos anualmente e ainda continua a ser um importante problema.

Dado que apenas uma em cada quatro mulheres comparece às consultas de Controlo Pré-Natal e que uma proporção ainda menor de mulheres pobres e rurais tem acesso ao CPN, o governo e a UNICEF decidiram proceder a campanhas de proximidade em áreas mal servidas para assegurar que essas mulheres que não compareciam às consultas recebessem a vacina do toxóide tetânico, ao mesmo tempo que também continuaram a trabalhar para aumentar o CPN. Dado que apenas seis por cento das mulheres na Etiópia dão à luz nos serviços de saúde, as entidades que não dependessem dos serviços de saúde teriam de promover a prática de partos limpos, pelo menos a curto prazo.

A baixa cobertura das vacinações contra o tétano era um problema tanto da oferta como da procura. O fornecimento da vacina e os serviços de vacinação nem sempre eram disponibilizados ou estavam acessíveis às comunidades pobres e rurais. Quando a vacina estava disponível, as mulheres não compareciam necessariamente aos serviços para serem vacinadas. A organização “Save the Children” dos Estados Unidos trabalhou com alguns parceiros para investigar em cinco regiões e compreender as razões por que a procura de vacinação contra o tétano era tão baixa. Esta investigação debruçou-se sobre os seguintes aspectos:

- Conhecimento e reconhecimento do tétano
- Conhecimento, atitude e práticas relativamente à vacinação com TT e razões para ela não ser aceite
- Práticas durante a gravidez e o parto
- Acesso aos serviços de prevenção das doenças e aos restantes serviços de saúde, e canais de comunicação preferidos
- Qualidade da assistência, apoio e dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em geral e nos serviços
- Possibilidades de mobilização social
- Sistema local de apoio à vacinação com o TT - administração local e líderes comunitários e religiosos

Constatou-se que o tétano neonatal era bem conhecido, mas era muitas vezes atribuído a espíritos malignos. Nos casos em que as famílias tinham conhecimento da vacinação com TT, suspeitavam frequentemente das razões para a vacinação das mulheres grávidas. Poderia o bebé morrer? Poderia a mulher ficar estéril? Ao nível das periferias urbanas constatou-se que os trabalhadores de saúde não tinham muitas vezes conhecimento das causas do tétano neonatal e não promoviam activamente a vacinação ou o parto limpo. Havia ainda questões relacionadas com a qualidade do serviço, assim como informações erradas acerca de quando regressar aos serviços e da duração da dor no local da injeção.

Com base nestas constatações, criaram-se e testaram-se mensagens e materiais de campanha dirigidos a audiências segmentadas, que incluíam tanto o público em geral, como os trabalhadores da saúde. Incluíram-se nesta campanha anúncios de televisão, assim como cartazes, cavaletes com folhas soltas, painéis publicitários exteriores, folhetos, livros de histórias para as escolas, embalagens com mensagens-chave para os líderes comunitários, vídeos para serem exibidos numa carrinha itinerante, e outros canais como a rádio e conferências públicas. As comunidades foram mobilizadas através de organizações comunitárias.

A UNICEF procedeu a uma avaliação pós-campanha pela qual se descobriu que mais de 60 por cento das mulheres em idade fértil tinham recebido pelo menos duas doses de TT. A avaliação pôs também em destaque as dificuldades existentes quanto a manter a comunidade mobilizada para os partos limpos se não houvesse uma monitorização constante. Para alcançar as comunidades mais pobres e mais marginalizadas, os materiais utilizados necessitam de mais adaptações e traduções. Os parceiros principais já deram início a este processo.

Fonte: Adaptado de uma apresentação pelo Dr. Tedbab Degefe, intitulada “Save the Children. Newborn Health Stakeholders Meeting”, Adis Abeba, Março de 2006.



As Actividades Suplementares de Vacinação (ASV) relativas ao toxóide tetânico, que têm como alvo as mulheres em idade fértil residentes em “distritos de alto risco”, possibilitam não só que se vacinem as mulheres ainda não abrangidas com a vacina do tétano, mas também que se transmitam mensagens fundamentais e outras intervenções. Por exemplo: a vacina do sarampo foi administrada a crianças do Quênia, do sul do Sudão e do Uganda durante essas ASV (vide a Figura III.9.3). O Uganda também combinou as ASV relativas à vacina da poliomielite com as ASV relativas ao toxóide tetânico, tendo obtido resultados muito encorajadores. Infelizmente, poucos países aproveitaram o potencial que estas actividades adicionais proporcionam.

4. Ligações com outros serviços prestados pelos programas de vacinação

4.1 Rede de mobilização social

O Programa Alargado de Vacinações (PAV) possui uma robusta rede de mobilização social que facilita campanhas de conscientização em escolas e em espaços públicos, ao mesmo tempo que apela para a participação dos líderes da opinião pública e de vários meios de comunicação social para melhorar as mensagens. Esta estratégia multifacetada foi útil para criar procura para as vacinações em muitos países. A rede disponível através do Programa Alargado de Vacinação (PAV) pode também transmitir mensagens fundamentais para melhorar a assistência aos recém-nascidos, como a vacinação contra o tétano, a preparação para o parto, a assistência especializada, as acções essenciais sobre a nutrição, e outras.

4.2 Sistema de dados do PAV

O sistema de monitorização utilizado nas intervenções de vacinação (de rotina, de vigilância e de sondagem) proporciona também a oportunidade de se monitorizarem outras intervenções nas mães, nos recém-nascidos e nas crianças. O sistema de vacinações monitoriza geralmente o seu desempenho de forma contínua através de alguns indicadores, o que permite um reajustamento rápido do programa quando isso seja necessário. Especialmente em relação às intervenções de vacinação, deve ponderar-se a revisão das folhas de registo para que estas intervenções também possam ser monitorizadas. Se bem que o sistema de dados do PAV seja um instrumento importante, todos os dados têm de ser registados no sistema nacional de informações da saúde, que pode ter de ser melhorado para permitir uma detecção mais eficaz das vacinações e de outras intervenções.

4.3 Comité Coordenador Inter-Agências para o PAV

Muitos países possuem um Comité Coordenador Inter-Agências para o PAV, através do qual os parceiros prestam apoio estratégico, técnico e financeiro às actividades de vacinação. Estando as atenções a orientar-se mais no sentido de uma melhoria global dos serviços de SMNI, estes comités deverão passar a lutar por mais recursos financeiros e a afectá-los aos serviços de SMNI, em vez de apoiarem exclusivamente intervenções implementadas verticalmente.

Dificuldades

Financiamento. O financiamento é essencial para a implementação e a integração com êxito de todas as iniciativas. Como muitas iniciativas têm tradicionalmente optado por uma estrutura vertical, o mesmo aconteceu com a estrutura do seu financiamento. Os doadores que apoiam uma intervenção específica podem sentir uma certa relutância em acrescentar verbas para apoiar outras intervenções. Porém, sem esses fundos, talvez não seja possível ligar as vacinações com outras intervenções. As verbas da AGVI (Aliança Global para a Vacinação e a Imunização) para a melhoria dos sistemas de saúde podem constituir uma solução parcial para o problema, mas a angariação de verbas e a forma de financiamento aceite por muitas iniciativas e programas podem ter de ser reavaliadas.

Acesso a populações difíceis de alcançar e mal servidas para diminuir as desigualdades. Embora o programa de vacinação seja em geral um êxito, algumas sociedades e grupos mantêm-se cépticos. Podem ser necessárias acções de promoção da ideia de resolver as dificuldades socioeconómicas e de envolver a comunidade no processo de tomada de decisões para convencer as pessoas das vantagens da vacinação. A falta de transportes, as deficientes cadeias de aprovisionamento, a inadequada gestão do pessoal e outros problemas semelhantes podem complicar ainda mais os problemas enfrentados para se abrangerem os ainda não abrangidos. O objectivo do método dos distritos de alto risco é alcançar estes grupos. Na Caixa III.9.2 apresenta-se um exemplo deste método utilizado no Uganda.

Vigilância. O sistema de vigilância pode ser difícil de instalar, mas é sem dúvida uma componente importante de qualquer programa de saúde. O sistema de Vigilância da Paralisia Flácida Aguda, criado para a erradicação da poliomielite, poderá constituir uma infra-estrutura adequada para outras actividades de vigilância.

Manter o que já se conseguiu atingir. Uma vez que as actividades tenham sido implementadas com êxito, a dificuldade é continuar a manter a sua elevada qualidade. É isso que acontece quando um tipo de campanha foi utilizado para melhorar rapidamente a cobertura e os sistemas de saúde são depois incapazes de prestar os serviços que correspondam a esse grau de cobertura.

Actividades de coordenação. Quando estão envolvidos vários serviços ou programas na prestação de uma série de intervenções, pode ser difícil a coordenação entre eles. Fluxos de financiamento, soluções de logística, e questões de aprovisionamento, de gestão e de comunicações são apenas algumas das áreas que podem requerer uma atenção especial.

CAIXA III.9.2 Análise dos distritos de alto risco e planos de acção do Uganda

No primeiro trimestre de 2005 procedeu-se a uma análise dos distritos do Uganda. Classificaram-se três categorias de distritos de acordo com o seu grau de risco quanto ao tétano, com as actividades que precisariam de ser praticadas para se conseguir a eliminação do tétano materno e neonatal, ou com o que iria possibilitar a manutenção de um estatuto de baixo risco. Neste exercício, os distritos foram classificados relativamente a duas ou mais doses de toxóide tetânico (TT2+) e a três doses da vacina tríplice da difteria, da tosse convulsa e do tétano (DPT3), mas noutros locais podem utilizar-se outros indicadores. Um outro método semelhante poderia servir como ponto de partida para catalogar segundo a sua prioridade os distritos de alto risco em relação a outras intervenções de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).

Os Distritos de Baixo Risco (38) com cobertura TT2+ de 50 por cento ou mais em 2004, sendo 50 por cento a média nacional, foram classificados como os que seriam capazes de melhorar ainda mais o seu estado em relação à TT2+ através de serviços de vacinação de rotina. Manter o seu estatuto de baixo risco terá de basear-se numa combinação das estratégias seguintes:

- Promoção da vacinação de rotina das grávidas com a vacina do TT
- Promoção de práticas “limpas” ou higiénicas durante o parto
- Promoção da vigilância activa do tétano neonatal, do estudo de casos, e das respostas adequadas
- Promoção da vacinação de proximidade com o TT em raparigas das escolas secundárias, juntamente com uma documentação adequada e emissão de cartões
- Promoção de actualizações das vacinações com o TT durante os Dias de Saúde Infantil que ocorrem de 2 em 2 anos, em Maio e em Novembro

Os Distritos de Risco Baixo a Moderado (9) com coberturas de TT2+ abaixo de 50 por cento foram ainda classificados como podendo melhorar ainda mais a cobertura do TT se tiverem uma cobertura de DPT3 de 70 por cento ou maior, visto que estes distritos poderiam permitir o acesso e a utilização dos serviços de vacinação de rotina. As estratégias para melhorar a cobertura incluem o aumento da consciência acerca da problemática das vacinas, o envolvimento da comunidade, o alargamento mais acelerado da área de actuação dos serviços de saúde de proximidade, a prestação de serviços de vacinação de rotina através do esquema “Alcançar Todos os Distritos (Reach Every District - RED), e o aproveitamento dos primeiros contactos pré-natais quando a aceitação de pelo menos uma consulta de CPN tenha atingido um mínimo de 90 por cento. O Dia Anual da Saúde Infantil deverá também ser aproveitado como oportunidade para aumentar a mobilização da comunidade a favor do TT.

Os Distritos de Alto Risco (9) com uma cobertura de TT2+ abaixo de 50 por cento e de DPT3 abaixo de 70 por cento foram considerados distritos deficientes quanto às vacinações de rotina e sem capacidade para melhorarem facilmente a cobertura do TT. Esta situação indica que há um mau acesso aos serviços, mesmo que a utilização seja boa. Estes distritos requerem três ciclos de ASV para o TT, além das actividades praticadas nos distritos de risco baixo a moderado. Os distritos de alto risco são poucos, mas representam quase todos os casos de tétano neonatal no Uganda. Alguns destes distritos estão situados na Região Norte, onde existe instabilidade. Contudo, a identificação destas populações e um plano de acção estratégico executado em parceria permitem acelerar os progressos. Concomitantemente com as ASV do TT, precisam de ser implementadas e melhoradas outras estratégias já descritas em relação aos distritos de baixo risco logo que estes distritos passem de alto risco para baixo risco.

Fonte: Adaptado de Gezahegn Mengiste, Ahmadu Yakubu, “Trip report on review of maternal and neonatal tetanus elimination in Uganda”, Março de 2005.

Medidas práticas para fazer avançar a integração

Apesar das actuais dificuldades, as infra-estruturas, os financiamentos e as experiências partilhadas existentes em relação a vários programas de vacinação possibilitam a ligação com programas de SMNI para se prestarem serviços integrados. Eis algumas medidas práticas que esta integração implica:

- Garantir que os papéis e as responsabilidades entre os parceiros e os serviços estejam claramente definidos e aceites. Criar um órgão de coordenação, ou rever e ampliar as funções de um órgão já existente (por exemplo, a parceria nacional dos SMNI ou o Comité de Coordenação Inter-Agências para o PAV) para coordenar as actividades dos parceiros e dos serviços e para supervisionar a implementação.
- Classificar os distritos de alto risco como alvo de estratégias a favor dos pobres e harmonizar as actividades entre o PAV, a SMNI e outros programas relevantes. Pode recorrer-se a uma análise dos indicadores existentes a nível de distrito, combinada com o conhecimento do local, para identificar essas áreas. Analisar as intervenções que estejam a ser implementadas, as intervenções fundamentais a acrescentar, e os mecanismos existentes de prestação dos serviços. Procurar sinergias e ligações entre os programas e tomar todas as medidas necessárias para garantir que estejam operacionais os serviços de aprovisionamento de materiais e produtos, de financiamento e de supervisão.
- Resolver questões de financiamento, de logística, de aprovisionamentos, de gestão, e de pessoal. Utilizar redes de mobilização social existentes, incluindo as das vacinações, e outros programas, para transmitir mensagens fundamentais sobre a saúde e criar

e manter a procura de serviços de SMNI, especialmente em áreas onde a maioria das mulheres dão à luz em casa. As mensagens devem salientar de que forma se poderão modificar os comportamentos tradicionais potencialmente prejudiciais.

- Rever os sistemas de monitorização existentes, utilizando indicadores chave seleccionados, para monitorizar as actividades. Analisar e alterar as folhas de registo, os sistemas de comunicação de dados, e outros instrumentos. Analisar os dados e outras observações após a actividade exercida e utilizar o organismo de coordenação para se chegar a consenso sobre como melhorar ainda mais, no futuro, a implementação das intervenções conjuntas.

Conclusão

Há muitos problemas relacionados com a mudança de paradigma dos serviços fundamentalmente verticais para um outro de serviços de SMNI integrados. Nos programas eficazes e que tenham sido bem criados, como os que procedem às vacinações, a criação de consensos tem de ocorrer entre intervenientes de relevo para que se ultrapassem estes problemas. A infra-estrutura e as actividades em larga escala do PAV possuem algumas portas de entrada e oportunidades que devem ser estudadas e utilizadas cuidadosamente para se melhorar a sobrevivência materna, neonatal e infantil.

A cobertura das vacinações, mesmo nas comunidades mais pobres dos mais pobres países de África, aumentou ao longo dos últimos cinco anos. Isto constitui um grande êxito, especialmente devido à perda de ímpeto que se verificou nestes programas nos anos 90. Uma grande parte das atenções tem-se concentrado na prevenção das doenças nas crianças mais velhas, mas agora as vacinações estão também a prevenir as doenças e as mortes neonatais, e a vacinação destes está a permitir que fiquem protegidos para o futuro.

Acções prioritárias para integrar os programas de vacinação nos serviços de SMNI

- Assegurar uma coordenação eficaz entre os parceiros e revitalizar os órgãos coordenadores existentes
- Identificar as áreas mal servidas e de alto risco e chegar a consensos sobre ligações, pacotes de intervenções, melhores estratégias para a prestação dos serviços e grupos etários a incluir
- Resolver questões de financiamento, de logística, de aprovisionamentos, de gestão, de gestão financeira e de pessoal. Utilizar as redes de mobilização social.
- Rever os sistemas de monitorização existentes e trabalhar para harmonizar e ligar os dados dos PAV com os da SMNI, utilizando indicadores-chave. Avaliar os progressos e fazer os ajustes necessários

Nos últimos anos, os programas de vacinação demonstraram que os métodos inovadores não só proporcionam uma oportunidade de se aumentar a cobertura das vacinações, como também podem servir como plataforma para prestar outros serviços de saúde que beneficiem as mães, os recém-nascidos e as crianças. Chegou agora a altura de aproveitar estas oportunidades para salvar vidas.



Recursos dos programas

Capítulo 1 - Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez

- Framework for repositioning family planning in reproductive health services: Framework for accelerated action, 2005-2014. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Meeting the need: strengthening family planning programs. UNFPA, PATH. Seattle, 2006.
- Healthy timing and spacing of pregnancy: A pocket guide for health practitioners, program managers and community leaders. Extending Service Delivery. Washington DC, 2006.
- Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. WHO, UNFPA. Geneva, 2006.
- Hatcher RA, Ziemann M, Watt AP, Nelson A, Darney PD, Pluhar E. A pocket guide to managing contraception. Managing the Gap Foundation, Georgia, 1999.
- YouthNet. Country Needs Assessment Tool. Family Health International, New York, 2003.
- Reproductive health of young adults. Family Health International, New York, 2003.
- Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation - Report of a WHO technical consultation, October 1997, 2001. WHO, Geneva, 2001.
- Report of a WHO technical consultation on birth spacing, Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. WHO, Geneva, 2006.

Capítulo 2 - Controlo Pré-Natal

- Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities. UNICEF, WHO, New York, 2003.
- WHO antenatal care randomized trial: Manual for implementation of the new model. WHO, Geneva, 2002.
- Pregnancy, childbirth, postnatal and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Standards for Maternal and Neonatal Care. WHO, Geneva, 2006.
- Basic maternal and newborn's care: A guide for skilled providers. JHPIEGO/MNH Program, Baltimore, 2004.
- Focused antenatal care: Providing integrated, individualized care during pregnancy. Technical brief. ACCESS/JHPIEGO, Baltimore, 2006.

Capítulo 3 - Assistência durante o parto

- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Basic newborn's resuscitation: a practical guide. WHO, Geneva, 1997.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, 2003.
- Klein S, Miller S and Thomson F. A Book for Midwives: Care for pregnancy, birth and women's health. The Hesperian Foundation, Berkeley, CA, 1st ed., 2004.
- Home-based life saving skills program where home birth is common. American College of Nurse Midwives, Washington, 2005.
- Maternity waiting homes: a review of experiences. WHO, Geneva, 1997.
- Birth preparedness and complication readiness. A matrix of shared responsibility. MNH/JHPIEGO, Baltimore, 2001.
- The critical roles of the skilled attendants: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva, WHO, 2004.

- Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. UNICEF, UNFPA, WHO, 1997. [Under revision 2006.]
- Beyond the numbers. Making Pregnancy Safer; Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. WHO, 2004.
- Example of a maternity register combining maternal and newborn's indicators [Draft].

Capítulo 4 - Controlo Pós-Natal

- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Basic maternal and newborn's care: A guide for skilled providers. Kinzie B and Gomez P. JHPIEGO, Baltimore, 2004.
- Care of the newborn's: reference manual. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Saving Newborn Lives/Save the Children. Washington, 2004.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, 2003.
- Postpartum and newborn's care: a self-study manual for trainers of traditional birth attendants and other community-level maternal and child health workers. Carlough M. PRIME, North Carolina, 1999.
- How to train Community Health Workers in home-based newborn's care. Training manual. SEARCH and Save the Children. 2006.
- Saving Newborn Lives tools for newborn's health: Qualitative research to improve newborn's care practices. Save the Children, Washington DC, 2003.
- Strategic guidance note on the newborn's. UNICEF and SNL/Save the Children, 2006 [Draft].

Capítulo 5 - Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

- IMCI planning guide: Gaining experience with the IMCI strategy in a country. WHO, Geneva, 1999.
- IMCI adaptation guide. WHO, Geneva, 1998. [Note: a specific adaptation guide for strengthening newborn's care within IMCI is in preparation].
- Improving family and community practices: A component of the IMCI strategy. WHO, Geneva, 1998.
- Child health in the community: "Community IMCI" briefing package for facilitators. WHO, Geneva, 2006.
- IMCI training modules. In-service training. WHO, Geneva, 1997.
- IMCI training modules. Pre-service training. WHO, Geneva, 2001.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. WHO, Geneva, 2005.
- Kangaroo Mother Care: a practical guide. WHO, Geneva, 2003.
- Revised young infant chart booklet. WHO, Geneva, 2006 [Draft].
- Optimal feeding of the low birthweight infant: Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

Capítulo 6 - Promoção da nutrição

- Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2003.
- Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding. WHO/UNICEF, Geneva, 2006.
- Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding. WHO, Geneva, 1999.
- Using 'Essential Nutrition Actions' to accelerate coverage with nutrition interventions in high mortality settings. BASICS, 2004.
- Facts for Feeding series and Frequently Asked Questions series. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 1997.
- Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff and Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN, 2001 and 2004.
- Optimal feeding of the low birthweight infant: Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

Capítulo 7 - Programas de prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho

- Antiretroviral therapy of VIH infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. WHO, Geneva, 2006.
- VIH and infant feeding: Framework for priority action. WHO, Geneva, 2002.
- Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. WHO, Geneva, 2003.
- A Behavior Change Perspective on Integrating PTV and Safe Motherhood Programs. A Discussion Paper. The Change Project, Academy for Educational Development and the Manoff Group, 2003.
- Infant feeding options in the context of VIH. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 2005.

Capítulo 8 - Programas de monitorização da malária

- World malaria report. WHO, UNICEF, Geneva, 2005.
- Strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Malaria during pregnancy resource package: Tools to facilitate policy change and implementation. MNH, JHPIEGO, Baltimore, 2003.
- Guidelines for the treatment of malaria. WHO, Geneva, 2006.
- The use of antimalarial drugs: report of an informal consultation. Roll Back Malaria, WHO, Geneva, 2001.
- Assessment of the safety of artemisinin compounds in pregnancy. WHO, Geneva, 2003.
- Malaria and VIH interactions and their implications for public health policy: Report of a technical consultation, 23-25 June 2004. WHO, Geneva, 2004.

Capítulo 9 - Programas de vacinação

- Field manual for neonatal tetanus elimination. WHO/V&B/99.14. WHO, Geneva 1999.
- Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination. UNICEF, WHO & UNFPA. Geneva, 2000.
- Saving Newborn Lives tools for newborn's health: Communication for immunization campaigns for maternal and neonatal tetanus elimination. UNICEF and Save the Children, Washington DC, 2003.
- Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: immunisation strategies, surveillance needs. Geneva, 12-14 January 2000. WHO, Geneva, 2000.
- WHO position papers for rubella, Hepatitis B, BCG and tetanus vaccines

cuidados de saúde essenciais a cada mãe e a cada bebê em África

Doyin Oluwole, Khama Rogo, Mickey Chopra, Genevieve Begkoyian, Joy Lawn

Para aumentar mais rapidamente a taxa de sobrevivência materna e infantil em África estão em vigor políticas de apoio regionais e nacionais que desde há pouco incluem também uma atenção mais focalizada nos 1,16 milhões de recém-nascidos que anualmente morrem no continente. O maior problema não está nas políticas, mas sim nas lacunas existentes entre elas e nas acções necessárias para melhorar, nos diversos países, os cuidados continuados de saúde e aumentar a cobertura dos serviços essenciais de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).

Contudo, alguns países africanos estão a reduzir cada vez mais as taxas de mortalidade dos recém-nascidos, apesar dos seus baixos produtos internos brutos. Que podemos nós aprender a partir destes exemplos, especialmente acerca do modo de se ultrapassarem certos obstáculos fundamentais como o investimento inadequado, o financiamento dos serviços de SMNI e as dificuldades dos recursos humanos? Mesmo que se maximizem as possibilidades dos programas existentes, as dificuldades de acesso e de utilização continuarão a existir, especialmente nos países com sistemas de saúde mais frágeis, nomeadamente os dirigidos aos pobres. Quais são portanto as opções possíveis para estes locais, e o que se pode fazer agora, enquanto se continua a trabalhar em prol de melhores sistemas de saúde? Será que a “segunda revolução dos cuidados de saúde primários” poderá ser útil em África para melhorar a SMNI? A integração entre os programas de SMNI é muito mais fácil de dizer do que de pôr em prática. Como se pode promover a integração? Como poderão monitorizar-se os progressos e como poderão ser responsabilizados os governos e os seus parceiros?





Introdução

Todos os anos morrem em África 1,16 milhões de bebés. Contudo, cerca de 800 000 vidas de recém-nascidos poderiam ser salvas, e um número semelhante de mortes maternas e infantis poderiam ser poupadas se as intervenções essenciais alcançassem 90 por cento das mulheres e dos bebés. Muitas destas intervenções já fazem parte das políticas de saúde de quase todos os países africanos, inseridas em programas já existentes nos cuidados continuados de saúde e possuem estratégias de aplicação já em vigor. O custo de pôr em prática as políticas é acessível e representa aproximadamente mais 1,39 dólares per capita do que já está a ser despendido.¹ A razão por que tantos bebés e tantas mães e crianças morrem todos os anos não é a falta de conhecimento ou de políticas, mas é sim a nossa incapacidade colectiva de implementar estas intervenções, de conseguir coberturas elevadas e de chegar até aos pobres.

Uma incidência recente das atenções na questão do lento progresso regional em direcção ao 4º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (sobrevivência das crianças) e do 5º objectivo (saúde materna) especialmente em África, causou que se prestasse uma maior atenção à melhoria das intervenções essenciais destinadas à saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). Os progressos são impedidos por dificuldades transversais, algumas das quais ultrapassam o âmbito da saúde dos recém-nascidos e mesmo o da SMNI. Estas limitações estão bem descritas² particularmente no que se refere aos recursos humanos para as situações de crise sanitária e às dificuldades de financiamento dos cuidados de saúde num continente onde os governos de 16 países gastam menos de 5 dólares *per capita* com a saúde, e os de outros 11 países gastam menos de 10 dólares *per capita*.³

Esta secção irá descrever importantes estruturas de política regional, salientando oportunidades específicas para salvar as vidas dos recém-nascidos, e como tratar da sua saúde pode constituir um catalisador para a sua integração na SMNI. De África chegam boas notícias, razão por que destacamos alguns países que estão a fazer progressos em direcção a taxas de mortalidade neonatal (TMN) mais baixas, apesar do seu baixo Produto Interno Bruto (PIB), e analisamos princípios que podem

servir de lição. A parte final da Secção analisa as medidas de política e os programas para acelerar as acções, incluindo a resolução da questão dos recursos humanos e do financiamento da SMNI.

Há compromissos assumidos relativamente às políticas regionais

A África não sofre de falta de políticas. Há muitas políticas fundamentais em vigor, tanto gerais, como a da reforma do sector da saúde, como específicas, como a da prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho (PTV). Para reduzir o número de mortes maternas, neonatais e infantis, e acelerar as acções que hão-de levar ao cumprimento dos 4º e 5º objectivos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, há dois quadros políticos regionais principais, ambos criados sob a égide da União Africana:

- O Roteiro para a aceleração dos progressos no sentido dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativos à saúde materna e infantil em África - “Roteiro” (Caixa IV.1)
- A Estratégia Regional para a sobrevivência das crianças (Caixa IV.2)

O traço comum a estes dois quadros é o recém-nascido. A saúde dos recém-nascidos pode representar a “ponte” que liga a saúde materna com a saúde infantil, mas que se perde de vista facilmente no meio das acções que pugnam unicamente por um ou pelo outro objectivo e pela sua implementação. O ideal será que estes quadros políticos se fundam numa única visão de SMNI, tanto em cada país como a nível regional. A constituição da Task Force Regional Africana da SMNI, com o secretariado localizado no escritório regional africano da OMS, é uma medida que nos enche de esperança para se alcançar aquele objectivo. (vide Introdução, página 4).

O Roteiro para acelerar os progressos no sentido do 4º e do 5º objectivos dos ODM em África

O Roteiro teve como consequência a instauração de um ritmo sem precedentes de aceitação das políticas em todos os países, com pelo menos 35 países a iniciarem o processo no espaço de 2 anos. Em muitos países, o processo foi participativo e multi-sectorial (Caixa IV.1). Em vários países assistiu-se a um empenho muito elevado - nalguns casos o próprio Presidente presidiu ao lançamento nacional do processo. O Roteiro promove uma abordagem aos cuidados de saúde que se ocupa tanto da oferta como da procura, ao acompanhar de perto os eventos desde casa até aos cuidados continuados de saúde no hospital. (Vide Secção II). O verdadeiro teste do êxito acontecerá quando se determinar se a cobertura das intervenções e dos pacotes essenciais, especialmente os cuidados de saúde especializados e os cuidados obstétricos de emergência (COE), aumentaram nos próximos anos. Se bem que se admita generalizadamente a existência de problemas do lado da oferta, como a falta de recursos humanos, de infra-estruturas e de medicamentos, as medidas para aumentar a procura não estão muito bem definidas em muitos países, e a atribuição de poderes à comunidade, assim como as informações para a alteração de comportamentos, são acções raramente implementadas sistematicamente. Neste momento, a maior parte dos Roteiros nacionais não valorizou ainda adequadamente as intervenções com base em evidências que são possíveis a nível comunitário, especialmente em relação aos recém-nascidos.

CAIXA IV.1 Roteiro Africano para aceleração dos progressos em direcção aos ODM relativos à saúde materna e neonatal

Em 2003, a reunião da Task Force Regional Africana sobre a Saúde Reprodutiva apelou a todos os parceiros para que criassem e implementassem um Roteiro para se acelerar a diminuição da mortalidade materna e neonatal em África, propondo assim o cumprimento do 4º e do 5º objectivos dos ODM. Os princípios orientadores do Roteiro são:

1. Planeamento e implementação faseados, a nível nacional, e baseados em evidências
2. Metodologia centrada nos sistemas de saúde e focalizada na redução das injustiças e das iniquidades
3. Parcerias com definição nítida dos papéis a desempenhar e das respectivas responsabilidades, da transparência e da responsabilização, sob a direcção da Task Force Regional para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil

O que há de novo?

- Destaque para o par inseparável constituído pela mãe e pelo recém-nascido
- Consenso sobre os planos para a próxima década, incluindo o empenho a longo prazo e as oportunidades de se aproveitarem os recursos de todos os parceiros
- Focalização em dois níveis para produzir um efeito significativo: assistência especializada nos serviços de saúde e criação de procura a nível comunitário
- Atenção especial aos cuidados de saúde obstétricos de emergência e aos recém-nascidos, destacando-se a assistência especializada como processo através do qual se presta a uma mãe e a um bebé a assistência adequada durante o trabalho de parto, o próprio parto e o período pós-natal, independentemente do local onde ocorra o parto

Processo e estratégias:

Objectivo 1 Prestar assistência especializada durante a gravidez, o parto e ao longo de todo o período pós-natal

- Melhorar a prestação de cuidados de saúde de qualidade às mães e aos recém-nascidos, bem como o acesso, incluindo aos serviços de planeamento familiar, e garantindo a facilidade de acesso aos serviços prestados, do ponto de vista do utente
- Melhorar o sistema de referência
- Melhorar o planeamento e a gestão distrital dos cuidados de saúde materna e neonatal e também os serviços de planeamento familiar
- Pugar por um aumento do empenho das autoridades e pelo aumento dos recursos
- Promover e impulsionar as parcerias

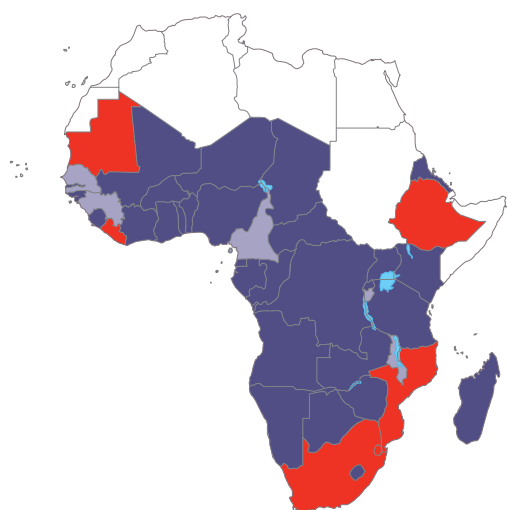
Objectivo 2 Melhorar a capacidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades para melhorarem a saúde materna e neonatal

- Promover cuidados continuados de saúde, desde o local de habitação até aos hospitais
- Atribuir poderes à comunidade para definir, procurar e ter acesso a assistência especializada, através da mobilização dos recursos da comunidade

Monitorização, avaliação e responsabilização

- Controlar os progressos, a nível nacional e regional, da adopção e da adaptação do Roteiro
- Acompanhar a mobilização dos recursos e o empenho dos parceiros na implementação do Roteiro
- Criar indicadores seleccionados para os diferentes níveis dos cuidados de saúde e dos serviços a serem prestados, com implementação faseada

Fases do desenvolvimento do Roteiro nacional para a África Sub-Sahariana, de 2003 a Julho de 2006



Fase de desenvolvimento (Julho de 2006)

- Orientação (apresentação ao Ministério da Saúde, na reunião com as partes interessadas e com a task force)
- Planeamento (criação e adopção do Roteiro)
- Defesa e mobilização de recursos (lançamento do Roteiro)

Fonte: dados actualizados do Escritório Regional Africano da OMS, até Outubro de 2006, complementados pela UNFPA.

Nota: até ao presente, as medidas de monitorização apenas detectaram dados até à data de lançamento. As medidas que ainda falta detectar estão a ser analisadas.

Estratégia regional para a sobrevivência das crianças

Em 2005, a União Africana, preocupada com a falta de progressos na direcção do 4º objectivo dos ODM para a sobrevivência das crianças, lançou um apelo para uma estratégia acelerada de

sobrevivência das crianças que foi apoiado pelos Estados-membros da OMS no 56º Comité Regional de Agosto de 2006. A OMS, a UNICEF e o Banco Mundial estão actualmente a converter essa estratégia num quadro de implementação conjunta, para ser submetido à aprovação dos Chefes de Estado da União Africana.

CAIXA IV.2 O quadro regional africano para a sobrevivência das crianças

Áreas prioritárias. A estrutura criada pela UNICEF, pela OMS e pelo Banco Mundial em parceria com a União Africana, permite que haja um consenso acerca da importância dos cuidados continuados de SMNI, dos sistemas de saúde e do financiamento, assim como das intervenções essenciais. As áreas prioritárias incluem a assistência aos recém-nascidos e a ligação com a assistência às mães, e envolve a assistência especializada durante a gravidez e durante o parto, o Controlo Pós-Natal e a melhoria da assistência na comunidade e nos serviços de saúde de nível básico e de referência. Outras prioridades incluem a alimentação dos lactentes e das crianças na primeira infância, e os suplementos alimentares com micronutrientes, as vacinações, a prevenção da malária, o manejo das doenças comuns, a PTV e a assistência a prestar às crianças expostas ou infectadas com o VIH.

Plano de implementação. O plano de implementação descreve os métodos de prestação dos serviços e o faseamento necessário para se alcançar uma cobertura universal através de parcerias, de responsabilizações, de definição clara dos papéis a desempenhar e da monitorização e avaliação. Para serem incluídas em pacotes de medidas e para implementar as intervenções, propõem-se três formas de prestação de serviços que incluem os cuidados de saúde nas comunidades, os serviços de proximidade e a assistência clínica ao nível dos serviços de saúde de nível básico e das unidades de referência. Essas três formas são: os serviços com base na comunidade e orientados para a família, os serviços programáveis orientados para a população em geral, e os serviços clínicos orientados a nível individual. As três fases de integração principiam com a implementação do pacote mínimo em pequena escala, a resolução das limitações ao melhoramento dos serviços, e o acrescentamento posterior de outras intervenções no pacote alargado. O objectivo é alcançar o máximo de cobertura com o pacote completo de intervenções.

Argumentos a favor do investimento. Os argumentos a favor do investimento pormenorizam o impacto estimado por se alcançarem objectivos fundamentais relativos à mortalidade neonatal e das crianças com menos de cinco anos, fazendo-se também a análise dos custos em que se incorre com as intervenções e com a melhoria dos sistemas de saúde. Respeitando a perspectiva governamental, os inputs serão constituídos por uma combinação entre apoios globais e esquemas de financiamento compostos por fundos de propriedade nacional.

Reforma do sector da saúde

Estas duas estruturas regionais baseiam-se em modelos padrão que podem ser adaptados, financiados, e depois implementados nos países, não no “vácuo”, mas sim no contexto global da reforma do sector da saúde. Uma reforma deste sector varia desde alguns processos de tomada de decisão descentralizados até um plano definido de remodelação do sector da saúde baseado num pacote essencial sobre que se tenha chegado a acordo e com revisões anuais externas. O processo de reforma do sector da saúde possibilita que se melhorem certas intervenções essenciais altamente eficazes e viáveis da SMNI. Se estas intervenções fizerem parte do pacote nacional de saúde e estiverem relacionadas com objectivos e rubricas orçamentais sujeitas a um procedimento regular de revisão, então é provável que as primeiras reformas a que se procede sejam as relacionadas com a propriedade, a sustentabilidade e a responsabilidade nacionais. Vários países africanos possuem agora um sub-comité incluído nos serviços de SMNI do seu plano de saúde, que focaliza as suas actividades no 4º e no 5º objectivo dos ODM. O Uganda, por exemplo, acrescentou recentemente um sub-comité ao “cluster” da saúde materna e infantil. Esse sub-comité ficou encarregado de fazer recomendações para o melhoramento da assistência aos recém-nascidos incluída no plano estratégico do sector nacional de saúde.

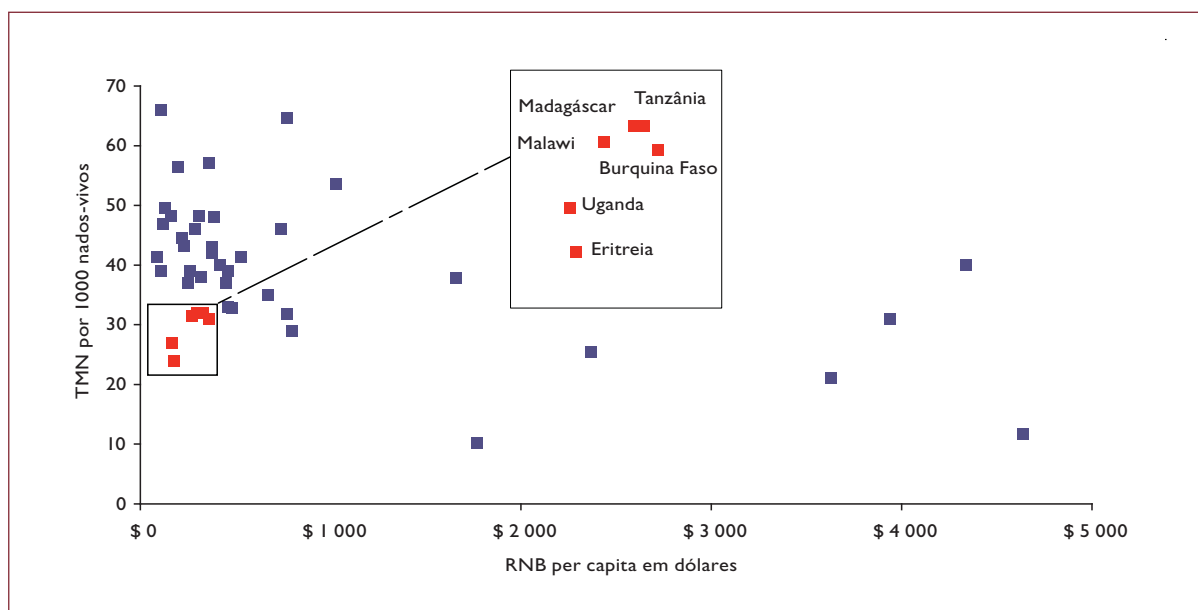
No Malawi, o governo e os seus parceiros juntaram esforços para criarem e custearem um pacote essencial de saúde interligado com a Abordagem Sectorial Alargada, nacional, (SWAp) (“Sector Wide Approach”) que promoveu um rápido aumento do investimento dos doadores no plano nacional do sector da saúde.

Alguns países africanos estão a fazer progressos para salvar vidas de recém-nascidos

Se bem que as notícias provenientes de África sejam muitas vezes negativas, há enormes diferenças entre os países africanos e no interior de cada um, e existem exemplos de êxitos. Alguns países, como a Tanzânia, o Malawi e a Etiópia, apresentaram recentemente reduções espectaculares da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, de acordo com dados dos IDS. Há também outros países a fazer progressos constantes na redução daquela taxa e, simultaneamente, na taxa de mortalidade neonatal (TMN) e na taxa de mortalidade materna, como é o caso da Eritreia. (Vide a Secção I, figura I.2).

Normalmente, esperamos que países com rendimentos médios baixos tenham taxas de mortalidade elevadas e embora isso seja muitas vezes verdade, há algumas surpresas positivas. A Caixa IV.3 mostra um gráfico em que se comparam as TMN com o Rendimento Nacional Bruto (RNB) *per capita*. Gostaríamos de analisar melhor os países que se destacam pela positiva, países que têm progredido no sentido de taxas mais baixas de mortalidade neonatal, apesar dos seus baixos RNB *per capita*. Destacamos estes países - Eritreia, Malawi, Burquina Faso, Tanzânia, Uganda e Madagáscar - para demonstrar que de África podem vir boas notícias. Estes países estão a progredir, passando de TMN e de taxas de mortalidade dos menores de 5 anos muito altas, para taxas mais baixas e, em muitos casos, para rácios de mortalidade materna também inferiores. Nalguns casos, a medição da TMN pode ser difícil, mas, apesar disso, que podemos nós aprender com as suas experiências até agora?

CAIXA IV.3 Apesar da sua escassa riqueza, alguns países africanos estão a fazer progressos: taxa de mortalidade neonatal versus Rendimento Nacional Bruto (RNB) *per capita*



Há muitos factores que podem contribuir para que haja melhorias na saúde neonatal. Contudo, relativamente a cada um destes países com uma TMN mais baixa (31 por 1 000 nados-vivos ou menos) e também com um RNB per capita baixo (menos de 500 dólares por ano), vale a pena salientar certas realidades fundamentais que é provável que estejam relacionadas com estes êxitos. O gráfico contém também indicadores sobre os progressos desses países no sentido de cumprirem os compromissos de Abuja para despendem na saúde pelo menos 15 por cento do orçamento geral do Estado. Uma advertência importante é que os Inquéritos Demográficos e da Saúde (IDS) tendem a subestimar as mortes neonatais, pelo que a verdadeira TMN nalguns destes países é provavelmente mais alta.

Eritreia: (TMN = 24, RNB *per capita* = 180 dólares, progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 5.6%) Apesar de ser um dos países mais pobres do mundo, colocado na posição 157^a de entre 173 países do Índice do Desenvolvimento Humano do PNUD, e apesar das dificuldades das guerras e das fomes, a Eritreia conseguiu êxitos extraordinários no que se refere à saúde das crianças. As reduções constantes nas taxas de mortalidade das crianças com menos de 5 anos que se têm verificado neste país já foram salientadas na Secção I. De que modo estão estes resultados a ser alcançados? Em primeiro lugar, através de um forte empenho em relação à saúde das crianças a todos os níveis, e em segundo lugar, porque não há corrupção na Eritreia e existe uma colaboração forte da parte dos doadores, o que multiplica o impacto que os recursos limitados poderiam ter. A Eritreia foi um dos primeiros países africanos a ser certificado por ter eliminado o tétano neonatal. Apesar destes êxitos, as dificuldades mantêm-se. A taxa de cobertura das mulheres que dão à luz com assistência especializada, por exemplo - apenas de 28 por cento - é ainda baixa, enquanto a TMM é moderadamente elevada, com um valor de 630 por 100 000. O Roteiro nacional da Eritreia foi criado para resolver o problema da sua alta TMM e estão a ser explorados métodos inovadores para resolver a crise de recursos humanos no país.

Uganda: (TMN = 32, RNB *per capita* = 270 dólares, Progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 9.1%) No Uganda, o actual Plano Estratégico II do Sector da Saúde inclui um Cluster de Saúde Materna e Infantil, a que foi adicionado recentemente um sub-grupo dedicado à saúde dos recém-nascidos. O objectivo é o melhoramento e expansão das intervenções essenciais e conseguir chegar aos pobres. Além disso, todos os anos os resultados dos distritos no que se refere à saúde são publicados nos jornais nacionais, promovendo assim a responsabilização das autoridades.

Burquina Faso: (TMN = 31, RNB *per capita* = 360 dólares, Progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 10.6%) Acções recentes, de alto nível, no Burquina Faso, de luta contra as mortes maternas e dos recém-nascidos, por meio do instrumento REDUCE de promoção de causas, tiveram como resultado um aumento de 11 por cento nos financiamentos do governo para a saúde materna e neonatal. Estas acções também tiveram como resultado a publicação de legislação destinada a reduzir de 120 dólares para um máximo de 20 dólares os valores que as famílias pagavam antes pelas histerectomias cesarianas.

Tanzânia: (NMR = 32, RNB *per capita* = 330 dólares, Progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 14.9%) O governo da Tanzânia tem revelado um empenho constante em investir na saúde e em descentralizar as tomadas de decisões relativamente às despesas com a saúde baseadas nas prioridades dos distritos. Neste momento as equipas de saúde distritais afectam verbas orçamentais com base nos encargos locais e a cobertura de algumas intervenções de alto impacto aumentou. O Roteiro nacional está a ser criado e nele está a atribuir-se ainda mais destaque à saúde dos recém-nascidos.

Malawi: (TMN = 27, RNB *per capita* = 170 dólares, Progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 9.7%) Embora continuem a existir dúvidas acerca da exactidão dos cálculos da TMN nos mais recentes IDS do país, o Malawi tem sem dúvida apresentado progressos na redução das mortes de crianças, conforme se descreveu na Secção I. Muitos factores podem contribuir para este progresso, apesar de haver poucos aumentos evidentes na cobertura das intervenções mais essenciais no mesmo período de tempo. A reforma do sector da saúde no Malawi tem sido um processo participativo que tem tido como resultado um consenso nacional sobre o pacote essencial da saúde e um aumento do investimento no sector. Os cálculos de custos feitos conduziram a uma maior colaboração entre o Ministério da Saúde e os doadores. Dois doadores investiram mais 40 milhões de dólares depois de terem sido calculados os custos do Roteiro nacional. O nível de empenho em relação ao Roteiro é demonstrado pelo facto de que ele irá ser lançado pelo Presidente.

Madagáscar: (TMN = 32, RNB *per capita* = 300 dólares, Progressos no sentido dos compromissos de Abuja = 8.0%) Uma revisão recente do Quadro das Despesas de Médio Prazo nacionais proporcionou a oportunidade de integrar a saúde dos recém-nascidos no actual plano da SMNI, especialmente porque o último IDS revelou que a percentagem de mortes de crianças com menos de cinco anos no período pós-natal aumentou. A atenção vai para o planeamento familiar, para o Controlo Pré-Natal e para as estratégias comunitárias, assim como para a resolução do problema das limitações de recursos humanos para os cuidados de saúde especializados e de emergência obstétrica. Madagáscar tem uma forte tradição de envolvimento comunitário e de programas eficazes baseados na comunidade.

Para mais informações sobre a TMN, o RNB *per capita* e outros indicadores usados nesta caixa, vide na Secção V os perfis dos países e as notas sobre os dados.

Quais os factores que conduzem a progressos para salvar vidas?

Todos os países diferem uns dos outros, mas há quatro temas partilhados pelos países que estão a fazer progressos na SMNI e que são o ABC do progresso:

Liderança responsável: em muitos destes países, é uma liderança coerente e responsável e uma boa gestão dos recursos que orienta o caminho a seguir e as acções a desenvolver. Uma boa liderança não só maximiza o trabalho de equipa num país, estado ou organização, como também atrai investimentos de fontes externas. A Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda estabeleceu o princípio fundamental de ser o governo que lidera e de os parceiros terem de o respeitar “Os três princípios:”⁴

- Um plano nacional
- Um mecanismo coordenador
- Um mecanismo de monitorização e de avaliação

Como interligar as políticas nacionais com as medidas distritais: quase todos estes países possuem documentos sobre estratégias para a diminuição da pobreza e planos de reforma do sector da saúde. Muitas vezes há um fosso entre o planeamento estratégico a nível nacional e as medidas tomadas a nível distrital. A Tanzânia criou um instrumento que permite aos distritos afectar verbas dos orçamentos locais de acordo com certas categorias identificadas de doenças mais presentes nos locais em causa, que fizeram aumentar as despesas relativas à sobrevivência infantil e que estão associadas a aumentos constantes na cobertura de intervenções essenciais.

Atribuição de poderes à comunidade e às famílias: muitos dos cuidados de saúde prestados às mães e aos recém-nascidos ocorrem em casa, onde as mulheres e as suas famílias não são meras espectadoras. Se se lhes atribuírem poderes, elas podem constituir uma parte da solução para salvar vidas e para promover comportamentos saudáveis. No Senegal criou-se um comité nacional para a saúde neonatal cuja acção tem por alvo os serviços de saúde e também a comunidade. Este comité cria e reforça laços entre aquelas duas realidades da sociedade e envolve parceiros fundamentais aos níveis nacional e regional. Numa área, um projecto apoiado pela organização BASICS, melhorou os serviços de saúde através da formação de profissionais de saúde, de uma monitorização estimulante, e do fornecimento de equipamento básico. O aconselhamento por meio de trabalhadores comunitários de saúde (TCS) e de voluntários e trabalhadores semi-especializados dos serviços também melhorou. Simultaneamente com o recurso aos meios de comunicação social, estas estratégias de comunicação resultaram numa melhoria dos comportamentos familiares, como a preparação para o parto ou a poupança de verbas para as emergências (passou de 44 por cento para 78 por cento), a secagem do bebé logo após o parto, quando ele nasce em casa (de 54 por cento para 73 por cento), a iniciação da amamentação na primeira hora após o parto (de 60 por cento para 78 por cento), e o evitar alimentos pré-lácteos (de 39 por cento para 71 por cento).⁵

Empenho demonstrado em:

- Criar e incentivar políticas de apoio aos 4º e 5º objectivos dos ODM e aumentar a cobertura das intervenções essenciais e dos pacotes da SMNI. Tanto o Roteiro como o Quadro Regional para a Sobrevivência Infantil prestam a máxima atenção ao aumento da cobertura das intervenções essenciais. Nos planos de 5 e de 10 anos é necessário que se preste uma atenção constante e consistente aos pacotes essenciais de SMNI para se conseguir uma cobertura universal, em especial no que se refere aos pacotes que levantam mais dificuldades.

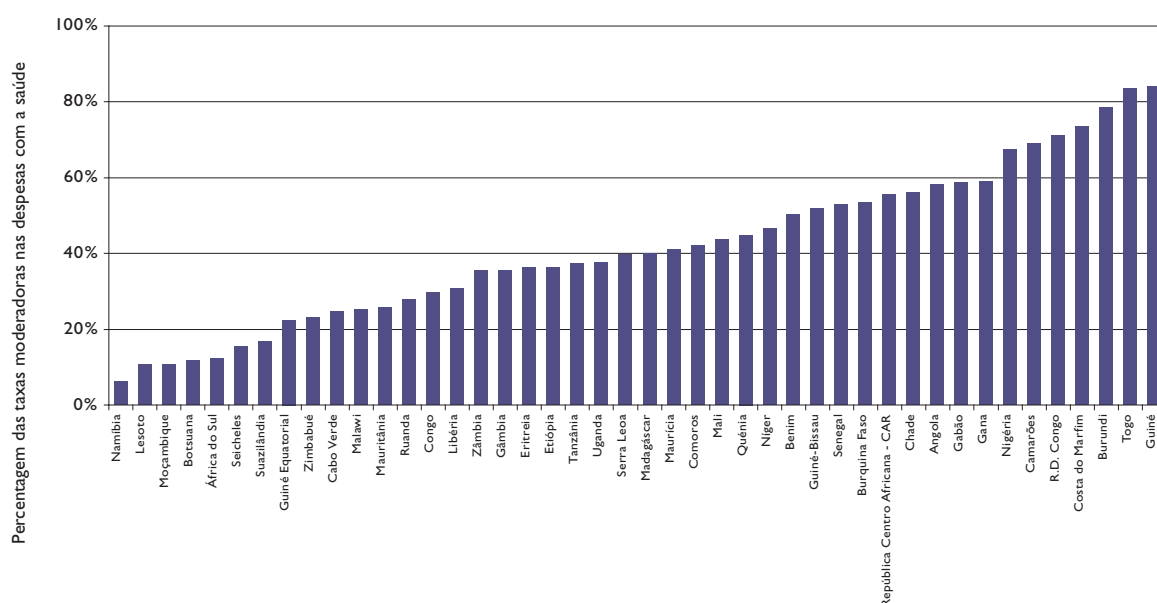
- Maximizar o potencial dos recursos humanos, incluindo a utilização de quadros comunitários quando for conveniente. Para se melhorar a assistência especializada, é muito importante que haja um empenho permanente no que se refere ao aumento das capacidades dos recursos humanos. A Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO) apoiou o estabelecimento de ligações entre associações profissionais dos países em desenvolvimento e as dos países desenvolvidos para se melhorar a capacidade e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Do Uganda chega-nos uma história de sucesso, em que dois distritos conseguiram demonstrar serem necessários COE e fizeram-no através da melhoria da qualidade dos serviços e da estimulação da procura nas comunidades.⁶ (Vide Secção II, Caixa II.5)
- Medir os progressos e ligar os dados obtidos com o processo de tomada de decisões, considerando sempre critérios de igualdade na monitorização e na avaliação dos esforços de melhoria dos serviços. Alguns países empregaram novos métodos para utilizar os dados disponíveis e promover a responsabilidade das autoridades. Todos os anos, por exemplo, os jornais do Uganda publicam um quadro de todos os distritos que deram a conhecer progressos verificados na saúde e na educação e outros indicadores chave. A África do Sul instituiu um inquérito nacional confidencial acerca das mortes maternas⁷ e possui também um processo para analisar as mortes neonatais e as suas causas.⁸
- Mobilizar recursos para proteger os pobres. Mobilizar recursos para proteger os pobres e avançar para um sistema de saúde mais igualitário implica uma análise muito cuidadosa das taxas moderadoras. Mesmo com melhores aprovisionamentos e com melhorias na qualidade dos serviços, as taxas moderadoras reduzem a utilização dos serviços de saúde.^{9:10} As taxas moderadoras pagas pelos utentes dos serviços tornam alguns cuidados de saúde imprescindíveis, como as histerectomias cesarianas, proibitivamente caras. Uma análise comparada dos custos de casos de “quase morte” materna e dos custos obstétricos associados feita no Gana e no Benim, concluiu que o custo desses cuidados pode ser tão elevado que chega a atingir um terço do rendimento anual de uma família.¹¹ A Figura IV.1 mostra a percentagem estimada de despesas com taxas moderadoras nos serviços de saúde de 44 países. Na maioria



dos países da África Austral, menos de 20 por cento das despesas com a saúde referem-se a taxas moderadoras, em grande parte devido à existência de melhores sistemas de segurança social nesses países. Contudo, os 17 países que apresentam as maiores despesas com taxas moderadoras situam-se na sub-região africana mais pobre, da África ocidental e central, com 40 a 80 por cento de despesas com a saúde a serem pagas directamente pelas famílias. Diversas análises sugerem que as isenções de taxas moderadoras baseadas no estatuto socioeconómico são muito difíceis de implementar^{12,13} e que as isenções baseadas em dados demográficos (p. ex. idade, gravidez) podem ser mais eficazes.^{10,14} Abolir as taxas moderadoras pode fazer aumentar bastante a procura dos serviços e sobrecarregar o sistema, fazendo com que as receitas regulares provenientes das taxas

anteriormente cobradas, se percam. Por conseguinte, é necessária uma avaliação cuidadosa e uma estratégia faseada de abolição das taxas.¹⁰ Alguns países africanos aboliram recentemente as taxas moderadoras ou modificaram as políticas para tentarem diminuir o seu efeito sobre os pobres. Perante os custos potencialmente catastróficos a pagar por serviços obstétricos de emergência, os governos da Zâmbia e do Burundi juntaram-se em 2006 a pelo menos doze outros países da África Sub-Sahariana que têm um regime de isenções totais ou parciais de taxas moderadoras para grávidas, para recém-nascidos e para crianças. A Zâmbia aboliu por completo as taxas, enquanto o Burundi instituiu isenções para partos cesarianas e assistência a crianças com menos de 5 anos. Na Secção V, em cada um dos perfis dos países, constam informações sobre as taxas moderadoras dos serviços de SMNI.

FIGURA IV.1 Em muitos países africanos são as famílias que suportam os custos com a saúde



Fonte: Referência³. Para mais informações sobre as despesas com taxas moderadoras e outros indicadores financeiros, vide os perfis dos países e as notas aos dados, na Secção V

Criar um Plano Operacional e passar à acção

Os planos eficazes que levam à concretização de acções exigem boas políticas e também uma boa governação. Com boas políticas, mas sem propriedade, é improvável que haja investimento de tempo, dinheiro e energia para dar continuidade às acções. Com boa políticas, mas má governação, as acções podem ser mal orientadas e não se conseguir assim erguer um melhor sistema de saúde ao longo do tempo, ou podem aumentar-se as desigualdades. Um processo participativo eficaz deverá chegar a consensos através de um plano operacional faseado e catalisar a integração dos serviços de SMNI juntando os serviços de saúde materna e infantil, assim como os da malária, os do VIH e outros. Para serem eficazes é preciso envolver dois processos paralelos e interdependentes (Figura IV.2).

Um processo político participativo que identifique e comprometa partes interessadas fundamentais, promovendo um ambiente político facilitador e que resulte em acordo sobre os recursos necessários à implementação deve incluir os seguintes intervenientes principais:

Grupo das partes interessadas - Em princípio, este grupo deve incluir o grupo de parcerias nacionais ou locais de base ampla que integram os serviços de SMNI, chefiado pelo governo nacional e que inclui os elementos relevantes do Ministério da Saúde para o SMNI e os de outros ministérios, parceiros relevantes e doadores, organizações não governamentais (ONG) e grupos de promoção dos interesses das mulheres. Este método facilita a aceitação de um plano nacional para os serviços de SMNI e a harmonização de doações e de outras entradas financeiras que incentivem a construção de um sistema nacional de saúde mais forte que ao longo do tempo consiga dar resposta às necessidades dos serviços de SMNI.

Grupo nuclear - Nomeia-se uma equipa e dão-se-lhe termos de referência para proceder a uma análise de situação. É importante que esta equipa inclua indivíduos com uma vasta experiência e competência em programas, políticas e tratamento de dados, assim como representantes de vários distritos com serviços de SMNI.

Um processo para criar um plano estratégico e operacional que utilize dados para trabalhar sistematicamente e do modo seguinte, todos os passos do ciclo de gestão de programas:

1º Passo. Realização, no contexto dos serviços de SMNI, de uma análise de situação relativa à saúde dos recém-nascidos

2º Passo. Criar, aprovar e financiar um plano estratégico nacional incluído nos planos e políticas nacionais já existentes

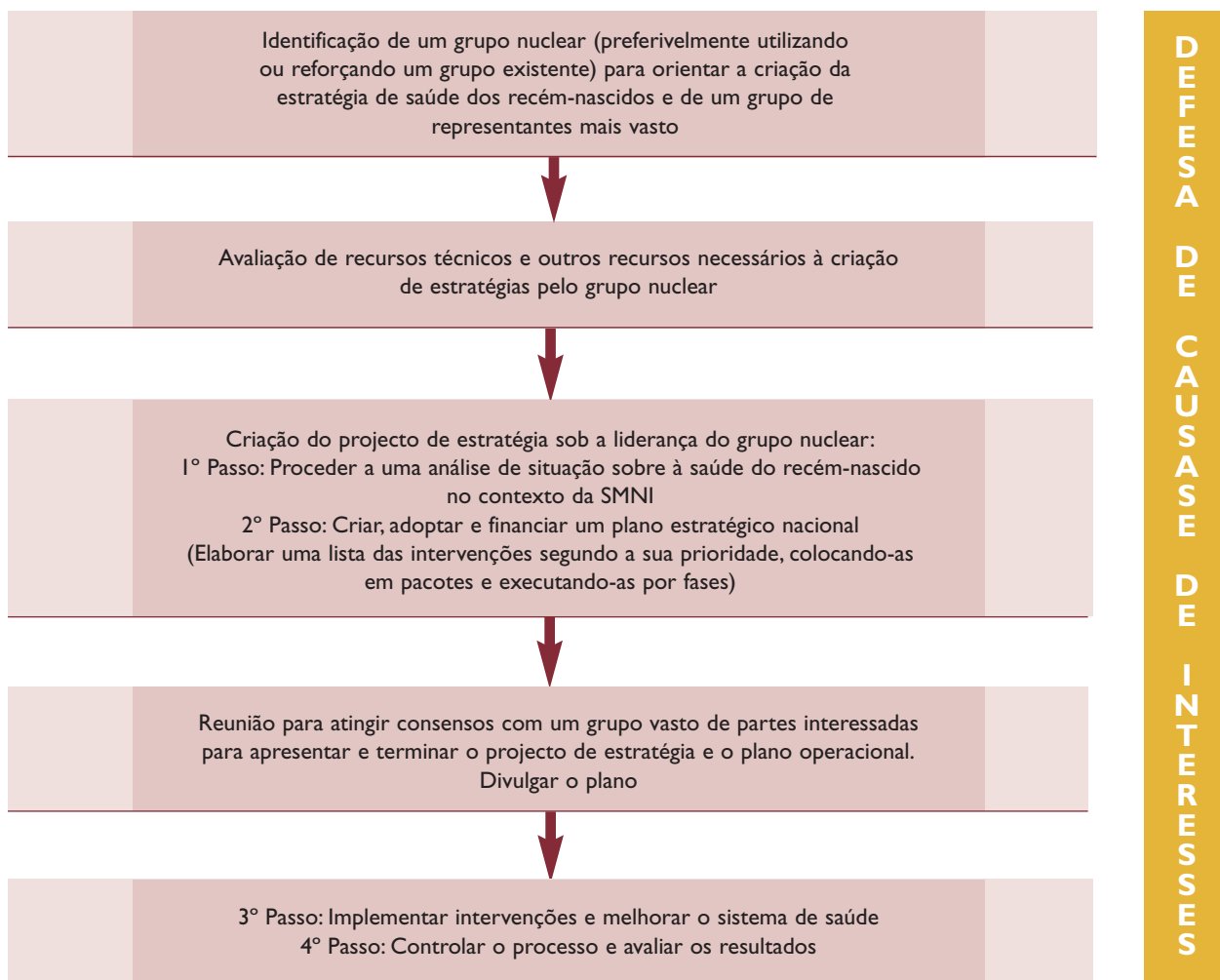
3º Passo. Implementar intervenções e melhorar o sistema de saúde

4º Passo. Monitorizar o processo e avaliar os resultados, os custos, e as entradas financeiras

Estes passos podem ser adaptados a cada país ou local concreto, dependendo do estado do processo de planeamento existente da SMNI. Por exemplo, se o Roteiro já for um documento activo de governação, a prioridade pode ser um plano operacional integrado para a melhoria dos serviços de saúde dos recém-nascidos

que ligue, num plano de implementação faseado, o Roteiro, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), e outras políticas relevantes existentes. Os passos 1 e 2 seriam portanto menos importantes e assegurariam fundamentalmente que não existiriam quaisquer lacunas ou falhas importantes quando se fizesse a revisão do conteúdo das políticas existentes. Será útil definir um prazo para completar cada um dos passos, e para completar o relatório. No CD que acompanha esta publicação existe um guia de análise de situação e alguns outros guias ainda sob a forma de esboço, para ajudar a realizar o trabalho ao longo de todos estes passos. Este material está a ser utilizado numa série de workshops para ajudar as equipas de cada país a fazer avançar o processo de melhoria da saúde dos recém-nascidos nos seus países.¹⁵ Além disso o CD contém alguns exemplos de análises de situação nacional e de planos.

FIGURA IV.2 Descrição do processo para a criação e a implementação de uma estratégia e de um plano operacional



Fonte: Adaptado da referência¹⁶

1º Passo. Proceder a uma análise de situação sobre a saúde neonatal no contexto da SMNI e definir metas nacionais para a diminuição da TMN tendo em vista as metas dos ODM

As informações baseadas em evidências não só reforçam as políticas e os programas, mas também promovem o diálogo em torno da defesa de causas. Dados iguais podem ser usados de maneira diferente para audiências diferentes. Muitas vezes, só as taxas de mortalidade não são suficientes para influenciar os decisores de políticas, mas modificar as taxas de modo a apresentá-las sob a forma de número de óbitos por ano ou por dia ajuda a converter as estatísticas de conceitos abstractos para a realidade do dia-a-dia. É difícil ignorar o facto de que um quarto de milhão de bebés na Nigéria morre todos os anos, por exemplo. Os dados da SMNI para o diálogo acerca das políticas, da programação e da promoção de causas constam nos 46 perfis de países apresentados no final desta publicação. Além disso, aplicar modelos que fornecem dados sobre as perdas económicas devidas à morbilidade e à mortalidade, como acontece com as apresentações em PowerPoint relativas à defesa da saúde materna (REDUCE) e da saúde dos recém-nascidos (ALIVE!), pode ajudar a relacionar estes acontecimentos com o desenvolvimento nacional geral.

Por outro lado, identificar os vencedores e trabalhar com eles para transmitir mensagens e dados sobre a SMNI pode ajudar a acelerar a introdução de mudanças. Na África Ocidental, as Primeiras Damas (as mulheres dos presidentes) têm sido apoiantes muito activas da luta pela melhoria da saúde materna e neonatal.¹⁷ Na Mauritânia, a Primeira Dama utilizou dados e informações geradas pelo modelo REDUCE de promoção de causas para sensibilizar os decisores de políticas, os líderes comunitários e a população em geral para a magnitude da mortalidade materna e neonatal. Esta atitude fez intensificar as acções do governo e da sociedade civil para melhorar a SMNI no país. No Burquina Faso, a promoção desta causa a alto nível teve como resultado um aumento do financiamento para a SMNI e fez diminuir o valor das taxas moderadoras para as cesarianas (vide Caixa IV.3).

Logo que uma análise de situação esteja concluída (Caixa IV.4) é importante definir ou rever metas de nível nacional relativas à saúde neonatal. Para se atingir o 4º objectivo dos ODM faz mais sentido, do ponto de vista dos programas e das políticas, analisar a TMCM5 e a TMN do que analisar a TMCM5 e a taxa de mortalidade infantil. (TMI). A disponibilidade de dados é a mesma e geralmente há poucas diferenças nas tendências ou nas soluções para a TMCM5 e para a TMI, ao passo que a TMCM5 e a TMN tendem a divergir quanto à taxa de variação e às soluções potenciais, conforme se disse na Secção I.

CAIXA IV.4 Avaliação do estado da saúde neonatal no contexto da SMNI

Tarefa 1: descrever o estado da saúde neonatal no contexto da SMNI

- Fazer um relato acerca dos resultados fundamentais da SMNI, como as Taxas de Mortalidade Materna-TMM, as Taxas de Mortalidade de Crianças com menos de 5 anos-TMCM5, e as Taxas de Mortalidade Neonatal-TMN, as taxas de nados-mortos, as causas das mortes neonatais e as taxas de baixo peso à nascença (BPN). Desagregar indicadores fundamentais de resultados por região geográfica, por grupo étnico e por quintilo de rendimento para determinar quais são as populações mal servidas

Tarefa 2: analisar a cobertura e a qualidade das intervenções essenciais

- Cobertura dos pacotes de SMNI, das intervenções essenciais e da qualidade dos cuidados de saúde. Desagregar indicadores fundamentais de resultados por região geográfica, por grupo étnico e por quintilo de rendimento para determinar quais são as populações mal servidas
- Integração entre os diversos locais ou programas de prestação de serviços de saúde
- Comportamentos domésticos e práticas culturais
- Continuar a analisar as razões da baixa cobertura (oferta e procura)
 1. Avaliar os obstáculos que dificultam a oferta de serviços de saúde
 - Acessos (longas distâncias, transportes limitados, questões geográficas dos terrenos)
 - Recursos humanos (falta de pessoal qualificado devido a fuga de cérebros e/ou a absentismo)
 - Materiais e produtos (má gestão da cadeia de aprovisionamentos, ruptura da cadeia de frio),
 - Qualidade dos cuidados de saúde prestados (falta de normas ou de conhecimento das normas, ou baixa motivação)
 2. Avaliar os obstáculos que dificultam a procura de cuidados de saúde
 - Conhecimento dos sinais de perigo das doenças dos recém-nascidos, ou das complicações maternas
 - Grau de aceitabilidade (comparar os perfis dos utilizadores e dos não utilizadores, considerando a distância e as barreiras culturais e outras)
 - Acessibilidade em termos de custos (taxas moderadoras, isenções ineficazes, custos escondidos ou “debaixo da mesa”)

Tarefa 3: Rever as políticas, o empenho e as oportunidades vigentes

- Planos e objectivos de relevância das políticas, como por exemplo, o Roteiro, o quadro da Sobrevivência das Crianças, a reforma do sector da saúde
- Despesas correntes com a saúde, do governo e dos principais parceiros, em intervenções essenciais da SMNI

Tarefa 4: Sintetizar os pontos fortes e os pontos fracos do sistema de saúde

- Possibilidades de salvar crianças em tempo útil
- Lacunas importantes na prestação de serviços relativos a determinados pacotes, ou a determinados grupos étnicos ou socioeconómicos

Fonte: Adaptado da referência¹⁸

2º Passo. Criar, adoptar e financiar um plano nacional inserido nas políticas existentes

Criar um plano operacional integrado e focalizado no preenchimento das lacunas existentes nos cuidados continuados de saúde

Muitas vezes, as estratégias para solucionar o problema das mortes dos recém-nascidos já existem em múltiplos planos e programas de saúde materno-infantil, tal como se descreveu na Secção II, e nos programas e pacotes de que se tratou na Secção III. É possível que os países já tenham em vigor múltiplos planos operacionais; na Tanzânia, por exemplo, há uma estratégia para a reforma do sector da saúde, o Roteiro, o plano da SMNI e um Plano Sectorial para a Diminuição da Pobreza, assim como planos específicos como o Programa Alargado de Vacinação (PAV), e o de prevenção da malária e do VIH, todos eles interligados com o SMNI. Um plano estratégico fragmentado que se dirigisse apenas à saúde dos recém-nascidos consumiria tempo e energia indispensáveis à acção. Portanto, o que é necessário é criar ligações operacionais práticas entre os planos existentes e as actividades a exercer (por exemplo a reforma do sector da saúde, o Roteiro, e o SMNI) para acelerar os avanços no sentido da melhoria das intervenções de elevado impacto, com metas faseadas de cobertura e assegurando cuidados continuados de saúde sem lacunas.

Identificar e corrigir o problema das oportunidades perdidas no sistema de saúde

Conforme já se salientou ao longo desta publicação, há muitas possibilidades de reduzir o número de mortes de recém-nascidos por meio dos programas e pacotes dos cuidados continuados de saúde, pois, ao acrescentarem-se, adaptarem-se ou melhorarem-se intervenções interligadas com um pacote já existente, conseguir-se-á rapidamente uma cobertura relativamente elevada. Exemplos notáveis incluem a adaptação da AIDI para que inclua a assistência aos recém-nascidos doentes na primeira semana de vida e a

garantia de que todos os assistentes especializados estejam aptos a prestar cuidados essenciais ao recém-nascido e a fazer reanimações. Articular a assistência em casa aos recém-nascidos com vacinações bem definidas e com mensagens sobre a prevenção da malária permitiria alcançar igualmente uma vasta audiência em pouco tempo. Em África têm-se divulgado e praticado bem as auditorias às mortes maternas, especialmente através do programa “Beyond the Numbers” da OMS, auditorias que ajudam os planeadores dos programas a produzir o tipo correcto de informações necessárias à prevenção das mortes maternas.¹⁹ Nos locais onde as mulheres faleceram ou estiveram à beira da morte, há geralmente muitos nados-mortos associados a isso e mortes de recém-nascidos. As auditorias às mortes maternas poderiam incluir uma análise das mortes fetais e neonatais, visto que as deficiências do sistema que levam às mortes maternas e dos recém-nascidos são frequentemente as mesmas.

Fasear para resolver as principais lacunas da prestação dos cuidados de saúde

Conforme se salientou nas Secções II e III, e como se pode ver claramente nos dados dos países acerca dos cuidados continuados de saúde constantes nos perfis dos países africanos na Secção V, na maioria dos países as lacunas do serviço de saúde incluem:

- Baixa cobertura de assistência especializada e de COE, particularmente para os pobres e as comunidades rurais (Vide Secção III, capítulo 3)
- Baixa cobertura do Controlo Pós-Natal e poucos conhecimentos concretos acerca da qualidade dos serviços prestados em casa e nos serviços (Vide Secção III, capítulo 4)
- Não atribuição sistemática de poderes à comunidade pela implementação de alterações de comportamento e de intervenções comunitárias possíveis, especialmente as dirigidas à saúde neonatal e infantil.

A assistência especializada durante o parto é um pacote bem definido, cuja melhoria se conseguirá mais eficazmente se for executada pelos serviços.²⁰ Este pacote possui um elevado impacto para salvar as vidas das mães e dos bebés e para evitar os nados-mortos. É verdade que requer um empenho constante para aproximar os serviços das famílias, para formar e conservar mais parteiras e mais obstetras nos serviços, e para atribuir poderes às comunidades para que elas exijam serviços de qualidade e tenham acesso a eles. Para conseguir uma cobertura universal na África Sub-Sahariana são necessárias aproximadamente mais 180 000 parteiras nos próximos dez anos.²¹ Este aumento dos recursos humanos irá exigir um planeamento imediato, investimento e acções concertadas. Esta é uma solução de longo prazo, e embora para resolver o problema sejam necessários planos provisórios, estes não devem ser feitos à custa de investimentos futuros em cuidados de saúde especializados.²²

O Controlo Pós-Natal e os pacotes com base na comunidade não estão tão bem definidos como outros pacotes, e muita da informação provém da Ásia e tem de ser adaptada, testada e afinada em diversos locais de África. Além disso, os quadros de pessoal de saúde disponíveis a nível comunitário nos países africanos são muito mais instáveis do que na Ásia. Antes de formar novos quadros de profissionais de saúde a qualquer nível deverá proceder-se a uma avaliação extremamente cuidadosa da sua sustentabilidade.

O Quadro IV.1 apresenta ideias para fasear as estratégias de acordo com a TMN padrão e com a capacidade dos sistemas de saúde. No local com maior taxa de mortalidade, onde a TMN é maior do que 45 por 1 000 nados-vivos, a maioria dos partos



ocorre em casa, e embora a assistência especializada seja escassa (33 por cento), a cobertura feita por assistentes tradicionais de partos é ainda menor (20 por cento).²³ Mais de metade dos partos ocorre sem qualquer espécie de assistência. O *Relatório Mundial da Saúde, de 2005*, descreve esta realidade como um “estado de privação maciça”.²¹ Nestes locais, mais de metade das mortes neonatais devem-se a infecções, incluindo o tétano.²³ São possíveis diminuições rápidas da TMN com a vacinação pelo toxóide tetânico e com comportamentos saudáveis em casa. De acordo com uma nova análise feita para esta publicação e baseada em metodologia usada na série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos,²⁴ poderia evitar-se ao nível da comunidade e das famílias até um terço das mortes neonatais se se reforçassem os recursos humanos e os cuidados de saúde especializados nos serviços de saúde. Se os decisores de políticas e os gestores de programas não começarem já a trabalhar para erigirem um melhor sistema de saúde, especialmente através de melhorias nos cuidados de saúde especializados, perder-se-á a oportunidade de se fazerem progressos mais substanciais para salvar as vidas maternas, dos recém-nascidos e das crianças.

Os locais do meio da tabela, com valores de TMN entre 30 a 44 e 15 a 29, são o que o *Relatório Mundial da Saúde de 2005* descreve como “marginalizados”.²¹ Por terem mais posses, as populações urbanas destes países têm acesso a assistência especializada, mas os pobres e outras populações marginalizadas não têm. A solução reside em acabar com os estrangulamentos que se opõem ao melhoramento dos serviços. Aos níveis mais baixos da TMN, podem existir ainda grandes desigualdades na cobertura, especialmente no que se refere às intervenções muito caras. Nestas situações, as atenções devem concentrar-se na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e nos resultados de mais longo prazo relativos às deficiências físicas.

Se os 12 países de África com as taxas de mortalidade mais elevadas comessem pelo nível comunitário e pelos serviços de proximidade, ao mesmo tempo que reforçavam os pacotes de cuidados clínicos mais complexos, e fizessem progressos pela introdução faseada de melhorias através de três aumentos graduais de 20 por cento da cobertura, para que esta atingisse 90 por cento das intervenções essenciais, então, mesmo apenas com o primeiro incremento de 20 por cento, poderiam já salvar-se anualmente cerca de 171 000 vidas de recém-nascidos. Metade das mortes de recém-nascidos africanos evitáveis através de intervenções essenciais (409 000 de 800 000) ocorre nestes 12 países com elevada mortalidade (Quadro IV.2). Os custos de exploração adicionais para a fase 1 das intervenções nestes 12 países estão calculados em 0,12 milhares de milhões de dólares, aumentando para 0,22 milhares de milhões para 90 por cento de cobertura, fase em que três quartos do custo são constituídos pela prestação de cuidados clínicos.²⁵ Para mais pormenores sobre esta análise, vide notas aos dados na Secção V.

Calcular os custos do plano e preencher a carência de recursos

Os países que calculam os custos dos programas específicos de SMNI e de seguida comparam esses custos com uma estimativa das vidas salvas têm maiores probabilidades de ver mais recursos investidos na SMNI. Além disso, construir consensos em torno de um plano operacional que tem custos associados entre si contribui para realçar a liderança dos governos e para harmonizar os parceiros entre si. Se todos os recursos dos parceiros num determinado país fossem harmonizados ou conjugados, permitindo-se assim que os investimentos na SMNI e os dos doadores respeitassem as prioridades desses países, os progressos seriam

QUADRO IV.1 Ideias para fasear estratégias acordo com as TMN de referência e com

Definição da mortalidade		TMN > 45
Cobertura e funções do sistema	Local do parto (Média da % de partos nos serviços)*	A maioria ocorreu em casa (33%)
	Controlo Pré-Natal	Cobertura moderada (média 66%)
	Assistência especializada ao parto (Cobertura média de ATPs)*	Média 41% (20%)
	Cuidados obstétricos & neonatais de emergência	Serviços muito limitados
	Controlo Pós-Natal	Cobertura muito baixa
Prioridades para a introdução de melhorias nos primeiros 2-3 anos	Princípios para o faseamento das metas de cobertura para os próximos 2-3 anos	Iniciar planos sistemáticos para aumentar a cobertura da assistência especializada. O objectivo é melhorar os comportamentos prioritários das famílias e a cobertura dos serviços de proximidade.
	Família e Comunidade - exemplos de introdução mais rápida de melhorias	Promover a preparação para o parto, práticas de parto limpo, exigir cuidados de saúde & práticas óptimas de assistência aos recém-nascidos. Ponderar prestar cuidados adicionais para lactentes com BPN através de consultas domiciliárias pós-natal de rotina. Ponderar o fornecimento de kits de parto limpo para os partos em casa.
	Serviços de saúde de proximidade e de nível básico - exemplos de introdução mais rápida de melhorias	Aumentar a cobertura da vacinação com toxóide tetânico (pelo menos duas vacinações durante a gravidez), CPN, intervenções para espaçamento dos partos, AIDI, e Controlo Pós-Natal de rotina.
Investimentos a médio prazo	Assistência clínica e hospitalar de 24 horas - exemplos de introdução mais rápida de melhorias	Iniciar planos sistemáticos para aumentar a cobertura de pessoal especializado, COE, e assistência neonatal, pelo menos nos hospitais.
	Princípios para o médio prazo	Criar um plano de implementação para os recursos humanos, incluindo a delegação de tarefas se for conveniente, as finanças, e os materiais e produtos para aumentar a cobertura da assistência especializada, dos serviços de proximidade e da assistência às famílias. Melhorar as ligações entre as comunidades e os serviços e promover a participação daquelas.
Vidas salvas	Vidas salvas nos 12 países com TMN muito elevada (>45) que progridem através de 4 fases de redução da TMN com cobertura crescente de pacotes essenciais	A cobertura básica das intervenções essenciais aumentou de 20%. Cerca de 171 000 vidas de recém-nascidos foram salvas em 13 países da África Sub-Sahariana.

destinadas a salvar as vidas dos recém-nascidos recorrendo-se aos programas existentes, de a capacidade do sistema de saúde

TMN 30-44	TMN 15-29	TMN > 15
Combinação casa/serviço de saúde (48%)	Maioria num serviço de saúde (65%)	Quase exclusivamente num serviço de saúde (98%)
Cobertura moderada a alta (média 77%)	Cobertura alta, mas há desigualdades (média 82%)	Cobertura alta (média 98%)
Média 50% (ATP 18%)	Média 85% (ATP 9%)	Média 98% (NA)
Cobertura moderada, acesso escasso e custos pouco acessíveis	Cobertura moderada a alta, qualidade variável, permanecem as desigualdades	Cobertura universal
Cobertura baixa	Cobertura moderada	Cobertura alta
Apontar para aumentos mais rápidos da cobertura de assistência especializada. Continuar a aumentar a cobertura dos serviços para a modificação dos comportamentos familiares e dos serviços de proximidade	Apontar para uma cobertura universal dos serviços para a modificação dos comportamentos familiares, dos serviços de proximidade e da assistência especializada	Garantir a igualdade e promover cuidados de saúde de melhor qualidade
Promover a procura de assistência especializada e de práticas óptimas de cuidados neonatais. Ponderar cuidados adicionais para os lactentes com BPN por meio de consultas domiciliárias pós-natal de rotina	Promover comportamentos domésticos saudáveis e o desejo de procurar os cuidados de saúde	Promover comportamentos domésticos saudáveis e o desejo de procurar os cuidados de saúde
Aumentar a cobertura e a qualidade do CPN, da AIDI e do Controlo Pós-Natal de rotina	Apontar para uma cobertura universal de CPN de alta qualidade, para AIDI e para Controlo Pós-Natal de qualidade	Apontar para uma cobertura universal de alta qualidade de CPN, e para Controlo Pós-Natal de rotina
Aumentar o número das assistências especializadas aos partos, dos COE funcionais e da assistência neonatal nos hospitais distritais e sub-distritais	Assegurar a cobertura universal da assistência especializada aos partos, dos COE, e da assistência neonatal nos serviços periféricos	Assegurar a cobertura universal da assistência especializada aos partos, dos COE, e da assistência neonatal
Implementar planos para aumentar a cobertura de pessoal especializado, especialmente em locais onde seja difícil trabalhar. Elaborar directivas, dar formação, supervisionar e criar instrumentos de Monitorização e de Avaliação	Melhorar a qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais e proceder a auditorias sobre as mortes maternas e de recém-nascidos, e sobre os nados-mortos. Resolver as desigualdades residuais (socioeconómicas, geográficas, rurais/tribais, etc.). Preparar os serviços para uma cobertura total de cuidados intensivos neonatais	Ponderar a criação de um sistema de referência regionalizado Prestar assistência de seguimento, de longo prazo, aos bebés com complicações graves
Aumento de 20% da cobertura de intervenções essenciais Cerca de 280 000 vidas de recém-nascidos salvas	Aumento de 20% da cobertura de intervenções essenciais Cerca de 355 000 vidas de recém-nascidos salvas	Aumento de 90% da cobertura de intervenções essenciais Cerca de 409 000 vidas de recém-nascidos salvas

Fonte: Adapté des références^{23,26}
 * Baseado em análises de IDS conforme se descreve na referência²³. Para pormenores acerca das vidas salvas, vide na Secção V as notas sobre os dados contidos numa análise sobre a África Sub-Sahariana que utilizou as hipóteses e os modelos descritos na série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos^{24,27}. Os 12 países de África com TMN superior a 45 por 1 000 nados-vivos são Angola, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gâmbia, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Mali, Nigéria, Serra Leoa e Somália.

muito mais rápidos, e isso estaria de acordo com o princípio fundador da Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil. Um exemplo de eficiência é o pacote essencial de saúde e o Roteiro do Malawi, que geraram financiamentos adicionais de diversos doadores depois de os custos terem sido calculados (Vide Caixa IV.3).

Nos programas utilizam-se diversos instrumentos (vide Quadro IV.2), alguns deles para o cálculo dos custos, outros para executar planeamentos programáticos mais pormenorizados e ainda alguns outros que calculam os custos e os impactos sobre a saúde materna, neonatal e infantil de alguns cenários simulados de cobertura

através de diversas formas de prestação dos serviços.²⁶ Todos estes instrumentos requerem informações para serem introduzidas nos cálculos, especialmente as relativas ao tipo de intervenções por que se tenha optado, e as relativas à cobertura básica e à cobertura final mais ampla, a dados epidemiológicos e a dados demográficos, informações sobre o sistema de saúde (número de instalações dos serviços e recursos humanos) preços locais dos medicamentos e salários. Alguns destes instrumentos contêm preços de medicamentos e de salários presumidos nos casos em que este tipo de informações não exista localmente. Prosseguem os trabalhos para se harmonizarem estes instrumentos.

QUADRO IV.2 Resumo de alguns instrumentos relevantes dos programas que incluem cálculos de custos

	Instrumento da OMS para o cálculo de custos da saúde infantil	Pacote Essencial de Tecnologias da Saúde (PETS-EHTP)	Instrumento de Cálculo de Custos da Saúde Reprodutiva do UNFPA	Orçamento marginal para estrangula- (Umentos (UNICEF, Banco Mundial, OMS)
Objectivo	Calcular custos de exploração para níveis de cobertura variáveis relativos a intervenções seleccionadas para a sobrevivência infantil	Planear recursos humanos e materiais) necessários para prestar um conjunto seleccionado intervenções de saúde	Calcular custos de exploração e/ou de melhoramento dos serviços	Comparar o número previsto de vidas salvas com os custos marginais de intervenções essenciais a níveis de cobertura variáveis, com o objectivo de vencer os principais estrangulamentos na oferta e na procura que se opõem ao aumento da cobertura
Utilização	Pode ser utilizado no planeamento de médio prazo aos níveis nacional e sub-nacional logo que a estratégia esteja concebida	Pode ser utilizado no planeamento pormenorizado e na logística de um programa que utilize intervenções definidas	Pode ser utilizado para financiar e criar orçamentos de estratégias e planos de sectores existentes (por ex. o Roteiro) a nível de país ou a nível distrital	Pode ser utilizado para orientar a definição e o faseamento de prioridades no contexto do planeamento nacional ou regional e do diálogo sobre as políticas
Competências da SMNI	Apenas para a saúde infantil, mas passível de expansão	Saúde reprodutiva e infantil	Saúde reprodutiva e materna	Saúde materna, neonatal e infantil, malária, vacinações, VIH/SIDA
Competências do financiamento	Actualmente não inclui custos de sistema ou custos gerais	Actualmente não inclui custos de sistema ou custos gerais	Custos das actividades e dos melhoramentos do sistema de saúde (formação, equipamento, sistema de referênciação, etc)	Custos das actividades e dos melhoramentos do sistema de saúde necessários para vencer estrangulamentos específicos à melhoria dos serviços
Resultados	Custos e recursos (recursos humanos, instalações, medicamentos e materiais, equipamento)	Recursos (medicamentos e materiais, equipamento, recursos humanos e instalações) e logística para prestar um pacote de intervenções definidas em função dos utentes	Custos do fornecimento de um pacote essencial de intervenções de saúde reprodutiva (planeamento familiar, CPN e assistência ao parto, COE, manejo das IST/VIH)	Cálculo do impacto de vidas de mães, de recém-nascidos e de crianças salvas Custos calculados (per capita) para alargar a cobertura de pacotes consensuais de intervenções de SMNI
Software	Folhas de cálculo em EXCEL	Software e interfaces personalizadas	Folhas de cálculo em EXCEL	Comparação de diversas intervenções, métodos de prestação de serviços e opções de faseamento, com custos de melhoria do sistema de saúde. As folhas de cálculo em EXCEL serão personalizadas para aplicação
Facilidade de utilização	Muito simples de utilizar e podem ser construídos com apoio, em poucas semanas	Requer formação aprofundada para ser utilizado e consome muito tempo	Muito simples de utilizar e podem ser construídos com apoio, em poucas semanas	Tecnicamente complexo, com uma série de hipóteses, exige formação e perícia para ser utilizado e consome muito tempo

Fonte: Adaptado da referência¹⁵ com entradas adicionais específicas do UNFPA

3º Passo. Implementar intervenções e melhorar o sistema de saúde

Os países e os programas que conseguiram atingir uma alta cobertura dos serviços focalizaram-se em intervenções e pacotes seleccionados, em vez de tentarem fazer tudo ao mesmo tempo. Se bem que haja uma forte justificação para menos intervenções, mas de alta qualidade, faltam muitas vezes os outros ingredientes do êxito: liderança, gestão e utilização eficaz dos dados necessários à tomada de decisões. Com o passar do tempo, as intervenções que requerem maior especialização, e materiais e produtos mais caros, podem ser acrescentadas aos pacotes essenciais. Por exemplo: fazer análises e tratar mulheres grávidas devido a infecções urinárias assintomáticas baseia-se nas evidências, mas é mais complexo e caro do que simples intervenções de CPN. Contudo, à medida que as competências aumentam, ou talvez nos serviços de referenciação, esta intervenção pode ser acrescentada ao pacote essencial.

Ao executar um programa, as perguntas essenciais a fazer são:

- **O quê?** Intervenções essenciais
- **Onde?** Em casa ou num serviço de saúde básico, dependendo da intervenção
- **Com quê?** Materiais, produtos, equipamentos e medicamentos
- **Quem?** Quem possua as competências necessárias e quem esteja para isso destacado
- **Quando?** Através de uma estratégia integrada de prestação de serviços, durante a gravidez, o parto e o período pós-natal

As directrizes globais deverão ser adaptadas a nível nacional e incluir auxiliares de tarefa para a formação em serviço, a monitorização e a regulamentação. As auditorias regulares são um instrumento poderoso para a melhoria da qualidade.⁸

Melhorar a oferta

Onde e com quê? Infra-estruturas, materiais, produtos e mercadorias

Apesar de a assistência aos recém-nascidos estar muitas vezes associada a tecnologias avançadas, a maioria das mortes de recém-nascidos pode ser evitada com tecnologias e tratamentos simples, ou até sem qualquer tecnologia. Na Europa e na América do Norte, a TMN era inferior a 15 antes de se terem melhorado os cuidados intensivos neonatais. Os exemplos de intervenções possíveis, eficazes, mas simples, com infra-estruturas não sofisticadas, incluem a promoção da amamentação e a vacinação com o toxóide tetânico (Quadro IV.1). Contudo, para se atingir o 4º objectivo dos ODM, é necessário que haja serviços que prestem cuidados de saúde - mesmo que sem cuidados intensivos neonatais - e esses serviços devem incluir assistência especializada ao parto e COE, um bloco operatório, equipamento e materiais para transfusões de sangue seguras, e uma ampla lista de medicamentos essenciais. Estes investimentos são muito importantes em qualquer país que pense a sério em salvar as vidas das mães e dos bebés.

Quem? Recursos humanos

Para salvar as vidas das mães e dos bebés, o “quem” (recursos humanos) é o ingrediente mais fundamental para o êxito.²⁸ A OMS identificou 32 países na África Sub-Sahariana com carências críticas de pessoal especializado e com uma densidade muito baixa de profissionais onde as acções urgentes são necessárias para satisfazer os ODM relativos à saúde.³ Em quase todos os países africanos há lacunas na prestação dos cuidados de saúde, geralmente nas áreas rurais, devido às dificuldades associadas com a manutenção e a colocação do pessoal especializado.

Formar equipas de profissionais de saúde com um conjunto equilibrado de competências é uma maneira de alcançar uma elevada cobertura e de maximizar a eficácia. A avaliação dos tempos e movimentos nos locais de trabalho sugere que as parteiras passam muito tempo a exercer tarefas administrativas como a actualização dos registos nos arquivos. Se já há falta de parteiras, como é possível que o seu tempo seja ocupado prioritariamente para executarem tarefas especializadas como a assistência aos partos? Eliminar tarefas administrativas das funções das parteiras pode aumentar a satisfação no trabalho e a eficiência. Nalguns casos, isto exigirá modificações da legislação que apoiem a delegação de responsabilidades. Num inquérito recente aos serviços de COE, por exemplo, a Tanzânia constatou que menos de 10 por cento das suas instalações básicas de cuidados obstétricos satisfaziam os padrões previstos, em grande parte porque ninguém podia proceder à extracção por vácuo. Consequentemente, os regulamentos nacionais estão a ser revistos para permitir que as parteiras procedam àquela operação.

É muito frequente que as dificuldades de recursos humanos sejam resolvidas de maneira parcelar que serve meramente para prolongar a crise existente. Por exemplo: se bem que promover o aumento da aceitação da terapêutica anti-retroviral seja crucial em muitos países africanos, os salários e outros incentivos oferecidos pelos programas de terapia ARV têm sido muito maiores do que os que oferecem os outros programas, o que leva ao abandono do pessoal dos serviços de saúde de rotina e à desaceleração dos melhoramentos noutras intervenções de elevado impacto. O Malawi fez uma tentativa concertada para criar um plano completo de recursos humanos (Caixa IV.5).

Um vasto plano destinado aos recursos humanos é portanto essencial e deverá incluir estratégias para FORMAR, RETER E MANTER.³⁰

CAIXA IV.5 Programa de emergência do Malawi para os recursos humanos

O Malawi possui uma escola médica apenas desde os anos 90 e por isso sofre de uma escassez crónica de médicos, de enfermeiras e de outros profissionais especializados, uma situação exacerbada pela fuga de cérebros e pela SIDA. Um inquérito aos serviços de saúde efectuado em 2003 indicou que de cerca de 617 serviços de saúde do país, apenas 10 por cento satisfaziam os requisitos para prestar serviços de saúde essenciais segundo o critério da disponibilidade dos serviços e dos níveis de qualificação do pessoal. Após o governo ter lançado o Pacote de Saúde Essencial em 2004, tornou-se evidente que melhorar os níveis dos efectivos de pessoal é o maior desafio a vencer para implementar aquele pacote. O governo e os parceiros criaram então um programa de recursos humanos para:

- Melhorar os incentivos para o recrutamento e manutenção do pessoal através de oferta de salários de topo
- Expandir a capacidade de formação interna, recorrendo temporariamente a médicos internacionais e a enfermeiras tutoras
- Obter assistência técnica internacional para melhorar a capacidade e as competências de gestão e criar o sistema de monitorização e avaliação dos fluxos de recursos humanos

Fonte: Adaptado da referência²⁹

FORMAR - Produzir mais profissionais, especialmente profissionais especializados

- Aumentar a capacidade das escolas de formação, o que pode exigir recorrer-se a instituições privadas de ensino. A África do Sul, por exemplo, está a planear entregar a ONG e a organizações privadas de ensino acreditadas pela Direcção de Saúde, a formação de milhares de trabalhadores de saúde não especializados. A Direcção de Saúde definiu igualmente de maneira rigorosa, quais os resultados esperados dessas competências, que se baseiam num curriculum de formação normalizado. É necessário acelerar essas iniciativas de formação para resolver a crise dos recursos humanos.
- Promover as parcerias Norte-Sul para a formação rápida de profissionais de saúde
- Criar pacotes de “regresso aos serviços” para os que estão actualmente fora dos quadros de pessoal, ou a tratar de crianças, ou no estrangeiro
- Aumentar as verbas orçamentais para salvar vidas - para se resolver a crise dos recursos humanos em África é necessário um aumento significativo das verbas orçamentais para a saúde

RETER - Conservar os profissionais

- Melhorar os ordenados e os termos e condições dos contratos de trabalho
- Melhorar a motivação do pessoal através de incentivos e de satisfação no trabalho (prestígio, salários, condições de trabalho, promoção, remunerações baseadas no desempenho)³¹
- Prestar serviços e cuidados de saúde de prevenção do VIH e apoiar e tratar os trabalhadores infectados
- Permitir horários de trabalho flexíveis às famílias e ao pessoal seropositivo.

MANTER - Utilizar melhor os trabalhadores disponíveis

- Utilizar boas técnicas de gestão, como a descrição clara das tarefas, fazer corresponder as competências às tarefas, e equilibrar as combinações de competências numa equipa³
- Assegurar uma monitorização especializada e estimulante do pessoal
- Recolocar o pessoal para reflectir os padrões da sua utilização e preencher postos de trabalho prioritários; elaborar orçamentos para ajudas de custo que compensem o peso dos postos de trabalho rurais
- Aumentar a eficiência por meio da melhoria das competências do pessoal existente através de cursos em serviço e de cursos de aprendizagem à distância. Na África do Sul, por exemplo, um método inovador que utilizou um pacote de aprendizagem à distância ajudou a melhorar as competências de mais de 30 000 parteiras e custou cerca de 5 dólares por pessoa.^{32,33}
- Trabalho de equipa para apoio e delegação de tarefas, com políticas e legislação adequadas, como, por exemplo, se está a fazer em Moçambique, onde os assistentes de cirurgia podem fazer histerectomias cesarianas.³⁴ No Gana, auxiliares de enfermagem executam muitas das tarefas mais simples, permitindo assim que as enfermeiras e as parteiras se concentrem em tarefas mais especializadas e de maior impacto.
- Explorar a melhor utilização possível dos TCS para levar os cuidados de saúde tão perto quanto possível das populações.

A actual “segunda revolução dos cuidados de saúde primários” (Caixa IV.6) em África constitui uma oportunidade de incorporar intervenções de SMNI de elevado impacto nas tarefas dos TCS e de formar pessoal em vários países - mas é necessário aprender a partir da primeira revolução dos cuidados de saúde primários.³⁵

CAIXA IV.6 A segunda revolução dos cuidados de saúde primários - uma oportunidade para a SMNI

A primeira revolução dos cuidados de saúde primários terminou com a Declaração de Alma Ata de 1978, que previa a saúde para todos no ano 2000 por meio de cuidados de saúde primários como veículo principal e centrando-se na Saúde Materna e Infantil (SMI). Muitas razões contribuíram para que este veículo fracassasse, incluindo a falta de concentração sustentada nele, em virtude de a política de saúde global se ter orientado depois para a erradicação das doenças. Além disso, aos TCS atribuíram-se múltiplas tarefas, mas eles ficaram sujeitos a pouca ou nenhuma monitorização, ou mesmo a pouca ou nenhuma remuneração. Apesar da onda maciça de trabalhadores que foram formados, há poucas avaliações cuidadosas publicadas.

Depois de uma série de programas verticais, incluindo o da erradicação em curso da poliomielite, as intensas actividades relacionadas com o VIH, a malária e a tuberculose passaram a ocupar um lugar de destaque nos serviços de saúde, e as atenções estão agora a orientar-se para a aceitação dos serviços de SMNI como pilar principal dos cuidados de saúde. As comunidades e os TCS estão a ser de novo encarados como agentes vitais para a introdução de melhorias nos cuidados de saúde. Na África Sub-Sahariana, a crise dos recursos humanos acelerou a velocidade das alterações nas políticas no sentido dos TCS; a Etiópia, por exemplo, está a formar 30 000 Trabalhadoras de Extensões de Saúde baseadas na comunidade para se dedicarem em exclusivo à SMNI, à malária e ao VIH.³⁶ O Quênia, o Gana e a África do Sul estão a planear programas nacionais para os TCS. A Nigéria está também a melhorar a capacidade dos Trabalhadores das Extensões Comunitárias de Saúde com um currículo que inclui competências que permitem salvar vidas no âmbito da SMNI.

Contudo, uma procura de literatura disponível para orientar as políticas revela que não existem estudos sobre o impacto destas medidas na mortalidade. A maioria das avaliações referem-se ao processo e não ao impacto, e muitas referem-se a programas de interesse especial, como o aumento da cobertura de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, a vacina

contra o sarampo, ou a erradicação do verme da Guiné, por exemplo. Poucas publicações discutem a avaliação dos processos dos serviços de SMNI, como a promoção da amamentação e da nutrição, e não se encontrou qualquer texto que se referisse à saúde infantil integrada ou aos programas de SMNI, apesar de esses programas estarem a ser melhorados. Em diversos países africanos existem programas como o Programa Acelerado para a Sobrevivência Infantil, conduzido pela UNICEF e financiado pela Agência Canadiana para o Desenvolvimento Internacional, e o trabalho de gestão comunitária conduzido pela UNICEF, designado como AIDI, existe em diversos países africanos²⁶ mas falta-lhes uma avaliação externa rigorosa que verifique o impacto sobre a mortalidade, para já nem falar da associação desses resultados a opções fundamentais relativas a como implementar esses programas.

A Ásia do Sul tem contribuído com muitos mais estudos que demonstram a existência de uma diminuição da mortalidade, mas que se referem a programas em pequena escala. É muito urgente e necessário proceder a avaliações rigorosas das intervenções a nível comunitário, especialmente em África. À medida que estes programas vão sendo desenvolvidos, é necessário avaliar o seu progresso, os indicadores de êxito em grande escala, os custos e o impacto sobre a mortalidade. Ao proceder-se desse modo garantir-se-á que o investimento feito está salvaguardado e que se maximiza a oportunidade de salvar vidas pela interligação dos sistemas dos TCS com o sistema de saúde formal.

Fonte: Adaptado da referência³⁵

Aumentar a procura

Alargar a cobertura das intervenções implica mais do que simplesmente aumentar a procura dos serviços. Em muitos países africanos, a baixa cobertura da assistência especializada não é apenas uma questão de oferta. As famílias podem ter acesso a um serviço de saúde para o parto, mas muitas permanecem em casa devido a uma série de razões que incluem:

- Fraca adesão às recomendações da unidade de referência devido a falta de informações ou a mau entendimento,
- Impedimentos ao acesso, como a distância e os caminhos e terrenos difíceis
- Baixa qualidade ou inexistência de serviços de saúde e de prestadores de serviços. Falta de consideração pelas mulheres ou pelos pobres
- Barreiras culturais, étnicas e de género
- Incapacidade de cobrir os custos directos (os custos oficiais ou os custos por “debaixo da mesa”) ou os custos de oportunidade, como as ausências ao trabalho, ou ambos
- Obstáculos locais à oferta e à procura, como, por exemplo, as taxas moderadoras

Quando se presta uma atenção cuidadosa e sistemática à resolução da procura de cuidados de saúde, especialmente de cuidados de saúde especializados, a utilização aumenta rapidamente.³⁷ As soluções sugeridas para alguns dos constrangimentos listados acima constam do Quadro II.1 da Secção II. Por exemplo, os empréstimos às comunidades ou os planos participativos para resolver os problemas dos transportes de emergência destinados a cuidados obstétricos e aos recém-nascidos poderiam facilitar a utilização de equipas de maqueiros, de bicicletas-ambulância, e de reembolsos pela comunidade aos proprietários de veículos pertencentes a cooperativas locais de transportes.^{38,39}

Integrar os serviços de SMNI noutros programas fundamentais

É mais fácil proclamar a integração do que pô-la em prática. A integração com êxito dos serviços exige uma definição rigorosa dos papéis e funções a desempenhar, tais como protocolos e orientações para a prestação dos cuidados de saúde, vias bem definidas e claras para a referência de doentes, gestão de

materiais e produtos, e sistemas de informação e de monitorização.⁴⁰ Todas estas actividades dependem de uma liderança técnica forte a nível central. Manter competências de gestão de alta qualidade exige que exista um programa bem estruturado de desenvolvimento das capacidades dos recursos humanos existentes através de reciclagens, formações e oportunidades educativas regulares de pós-graduação. Além disso, as orientações providas do governo central deverão ser complementadas por gestores operacionais a nível distrital para assim se garantir uma ligação eficaz entre o organismo central e os serviços locais de saúde⁴¹, conforme o demonstram as experiências dos programas em larga escala. Numa análise feita a 15 programas bem-sucedidos sobre doenças tropicais verificou-se que os programas eficazes descentralizam e integram as operações, mas reservam para si uma autoridade como decisores centrais de políticas.⁴²

Facilitar a integração e sobretudo garantir que esta aconteça também ao nível distrital, levará tempo e apresenta dificuldades conforme ficou demonstrado pela experiência de integração da PTV com a SMNI no Uganda (Caixa IV.7). Portanto, utilizar no futuro uma abordagem faseada, pode vir a revelar-se mais proveitoso. Pelo menos comprometerá um número e uma gama mais alargada de profissionais de saúde, de monitores e de gestores, especialmente a nível distrital, e estimulará um maior sentido de propriedade, necessário para prestar intervenções eficazes aos recém-nascidos.



CAIXA IV.7 Promover uma metodologia integrada para que no Uganda se consiga sobreviver sem VIH

O Ministério da Saúde e os parceiros do Uganda reconheceram que a integração da prevenção do VIH em programas existentes para o planeamento familiar, para o Controlo Pré-Natal, para a assistência ao parto, para o Controlo Pós-Natal e para a SMNI beneficiaria tanto a prevenção do VIH como a SMNI. Os objectivos da estratégia de integração eram os seguintes:

1. Criar instrumentos e directrizes para o planeamento, a implementação, a supervisão e a monitorização e avaliação da abordagem integrada
2. Melhorar o sistema de saúde para que preste serviços integrados de SMNI e de VIH/SIDA através dos programas existentes
3. Documentar as experiências de integração a partir dos locais de estudo a vários níveis

O processo implicou um grupo técnico de trabalho que convocou reuniões com partes interessadas envolvidas na saúde infantil, na saúde reprodutiva, na malária, na PTV, académicos, organizações profissionais e outros parceiros do desenvolvimento.

Procedeu-se a uma avaliação das necessidades a vários níveis:

Nível nacional: relativamente à integração existia um ambiente político favorável, com muitos parceiros a pretenderem ser envolvidos nesse objectivo, assim como havia capacidade técnica disponível, mas não existiam manuais de formação integrados nem processos de elevado nível para implementar as políticas.

Nível distrital: havia vontade de integrar, mas o trabalho de equipa era difícil nalguns programas (saúde reprodutiva e VIH), a capacidade de implementação das componentes dos programas era inadequada, a monitorização processava-se verticalmente, e os dados sobre a saúde reprodutiva e a PTV eram recebidos separadamente, sem que houvesse uma análise conjunta.

Nível dos serviços: o planeamento familiar e o Controlo Pós-Natal constituíram um elo fraco da cadeia em causa, e certas infra-estruturas, o pessoal e os materiais, assim como os produtos para o manejo de infecções, e os medicamentos essenciais, eram inadequados em todos os serviços avaliados.

Nível da comunidade: as comunidades sabiam quais eram os serviços prestados, mas tinham deles uma imagem de baixa qualidade; e muitos dos inquiridos nada sabiam sobre os serviços e os comportamentos saudáveis. A colaboração entre os prestadores e as comunidades era inadequada. A violência baseada no género e a falta de envolvimento dos homens continuam a ser problemas

Realizações

- Criou-se uma equipa de coordenação para orientar a implementação das actividades de integração e passou a haver formadores para prestarem formação e executarem actividades de monitorização
- Concluíram-se as directrizes para a gestão da integração da PTV, do CPN, dos COE e do Controlo Pós-Natal, assim como protocolos, manuais e materiais de formação; reviu-se o pequeno manual de aconselhamento para as grávidas e construíram-se algumas clínicas para prestar cuidados pós-natal
- Avaliaram-se dados básicos relacionados com a integração e integrou-se a PTV no actual sistema de informação para a gestão da saúde



Dificuldades

- Relativamente ao planeamento e à partilha de recursos existe uma colaboração deficiente entre os diversos programas
- Vai ser difícil manter a confidencialidade relativamente ao estatuto dos utentes dos serviços no que se refere ao VIH quando os registos do CPN e os da PTV forem harmonizados
- Os serviços de Controlo Pós-Natal são deficientes
- Não está planeada qualquer implementação sistemática ou qualquer avaliação relativamente às intervenções de nível comunitário

Fonte: Adaptado de um texto do Dr. Lukoda Ramathan, Ministério da Saúde/OMS, Uganda intitulado “Experiências sobre a integração do VIH na SMNI no Uganda. Genebra. 5 - 7 de Abril de 2006”

4º Passo. Monitorizar a cobertura e avaliar os resultados e os custos

Se bem que melhorar os serviços seja crucial, aumentar a disponibilidade e a qualidade das informações é também importante para medir os progressos e informar o processo de tomada de decisões. Um cálculo recente sugere que os custos de introduzir melhoramentos num Sistema de Informações completo e integrado sobre a Gestão da Saúde são inferiores a 0,50 dólares *per capita*.⁴³ A escolha de indicadores para o controlo e a avaliação depende de como irão ser utilizados os dados. O objectivo subjacente à recolha de dados deverá ser o de monitorizar o aumento da cobertura das intervenções essenciais, assim como o de conhecer as suas determinantes e as suas dificuldades. Há diversas escolhas a fazer relativamente à opção por este ou por aquele indicador:

- Identificar os indicadores necessários para controlar a implementação no sentido das metas e dos objectivos
- Decidir sobre de que modo os indicadores seleccionados irão ser recolhidos e com que frequência, preferivelmente utilizando sistemas de recolha de dados
- Determinar a forma de garantir que seja prestada uma atenção sistemática à avaliação da equidade, além da atenção prestada à cobertura dos serviços

Os dados para agir a nível nacional deverão ser recolhidos mais frequentemente do que os recolhidos pelos IDS de cinco em cinco anos. Na Secção I já se apresentaram recomendações específicas sobre como fazer com que os recém-nascidos constem dos dados estatísticos distritais, nacionais e globais. Muitas vezes os dados existem, mas não são utilizados nos processos de tomada de decisões. Os perfis dos países incluídos neste livro fornecem um conjunto de dados básicos para utilização pelos países.

O Quadro IV.3 apresenta uma lista de indicadores que servem para analisar as taxas de sobrevivência das crianças, comparando-as com os ODM, e listas fundamentais de indicadores de sobrevivência relativas às crianças e à saúde reprodutiva, assim como indicadores relativos ao processo de Contagem Decrescente, com base na primeira reunião de Dezembro de 2005 sobre a Contagem até 2015.⁴⁴ Há muitos elementos comuns entre estas listas e uma lista fundamental, harmonizada, de SMNI o que é muito útil para os países e para os parceiros.

Além de se fazer um levantamento do número de mortes e da cobertura, não esquecendo o aspecto da equidade, é importante avaliar os recursos humanos e financeiros existentes. Isto é fundamental para manter os líderes e os parceiros responsabilizáveis pelos compromissos que assumiram.⁴⁵ Por exemplo: o compromisso de 15 por cento de despesas gerais dos governos com a saúde, assumido por todos os governos da União Africana em Abuja, constitui uma boa base para responsabilizar as partes que rubricaram aquele compromisso.

Outro importante mecanismo de responsabilização é a Task Force para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI) em África. Foi esta Task Force que deu início ao Roteiro e está agora a apoiar as atribuições mais vastas que foram conferidas à SMNI, incluindo a ligação com o Quadro Africano para a Sobrevivência Infantil e o Plano de Acção de Maputo para a Saúde Sexual e Reprodutiva.

Tal como é importante resolver as lacunas da monitorização e da avaliação, também é importante resolver o desconhecimento

relativo à investigação aplicada aos sistemas de saúde - especialmente no que se refere às adaptações a fazer para que os serviços essenciais possam alcançar os pobres.

Conclusão e apelo à integração e à aceleração das medidas a tomar

Em muitos países africanos, as intervenções essenciais alcançam menos de metade das mulheres, dos bebés e das crianças, mas milhares de vidas poderiam ser salvas se a cobertura dos serviços fosse mais ampla. Para acelerar os progressos nesse sentido, é necessário que os processos de tomada de decisão sejam sistemáticos e específicos de cada país, que se melhore a colaboração entre os parceiros, e que se faseiem as intervenções prioritárias para se erigirem sistemas de saúde mais fortes. É necessário apelar para a tomada de medidas urgentes que façam aumentar a cobertura dos serviços, especialmente os dirigidos aos pobres (Vide Caixa IV.8). A competição existente entre salvar as vidas dos recém-nascidos, das crianças e das mães, que significa competição entre o SMNI e outras prioridades da saúde é uma causa perdida: se alguém perder, todos perdem. A criança começa por ser um recém-nascido e a sua sobrevivência e desenvolvimento saudável estão relacionados com a saúde da mulher. A integração de todos os serviços continuados de saúde constitui uma base essencial para se acelerarem as medidas e as acções a favor da SMNI e para salvar as vidas de mais mães, de mais recém-nascidos e de mais crianças.



QUADRO IV.3 Avaliação da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil

Indicadores	Indicadores de monitorização dos ODM	Indicadores de saúde reprodutiva	Indicadores consensuais de sobrevivência infantil	Indicadores da contagem decrescente para 2015
Indicadores de resultados				
Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos	●		A	●
Taxa de mortalidade neonatal			A	●
Taxa de mortalidade infantil	●		B	
Taxa de mortalidade materna	●	●		
Taxa de mortalidade perinatal*		●		
Taxa de fertilidade total		●		
Prevalência de baixo peso à nascença		●	A	●
Prevalência de baixo peso	●			●
Indicadores de cobertura de intervenções essenciais				
Prevalência da mutilação genital feminina		●		
Conhecimento das práticas preventivas do VIH		●		
Taxa de prevalência do uso de contraceptivos		●		
Anemia em mulheres de idade fértil (15-49)		●		
Prevalência de infertilidade nas mulheres (15-49)		●		
Admissões devidas a aborto nos serviços de Obstetrícia e Ginecologia		●		
Incidência de uretrites nos homens		●		
Cobertura do Controlo Pré-Natal (uma consulta)		●		
Assistente especializado durante o parto	●	●		●
Prevalência de sífilis nas mulheres grávidas		●		
Prevalência de VIH nas mulheres grávidas		●		
Prevenção contra o tétano durante o parto			A	●
Cuidados obstétricos de emergência (básicos e completos)		●		
Consulta pós-natal dentro dos primeiros 3 dias após o parto				●
Tratamento anti-retroviral para PTV do VIH				●
Iniciação atempada da amamentação (dentro de um hora)			A	●
Amamentação exclusiva (até aos 6 meses)			A	●
Alimentação complementar atempada (6 - 9 meses)			A	●
Amamentação continuada (20-23 meses)			A	●
Vacinação contra o sarampo	●		A	●
Difteria, tosse convulsa e tétano (3 vacinas)			A	●
Vacinação contra a gripe causada pelo bacilo Haemophilus Influenza (gripe) ou bacilo de Pfeiffer			B	●
Suplemento com vitamina A			A	●
Utilização de fontes melhoradas de água potável	●		A	●
Utilização de serviços melhorados de saneamento	●		A	●
Cobertura de redes mosquiteiras tratadas com insecticida para menores de cinco anos	●		A	●
Tratamentos contra a malária para menores de cinco anos	●		A	●
Procura de cuidados de saúde para a pneumonia			A	●
Utilização de combustíveis sólidos para cozinhar	●		A	
Tratamentos da pneumonia com antibióticos			A	●
Terapia oral de reidratação (solução de reidratação oral ou solução caseira adequada, ou aumento do consumo de fluidos) mais alimentação continuada			A	●

Fontes: Indicadores de monitorização dos ODM da referência⁴⁶. A lista consensual de indicadores da sobrevivência infantil foi criada pela OMS e pela UNICEF, a partir da referência⁴⁷. "A" significa alta prioridade e "B" significa lista secundária.

Indicadores nucleares da saúde reprodutiva retirados da referência⁴⁸.

Indicadores da Contagem decrescente para 2015 baseados na referência⁴⁵. A conferência sobre a contagem decrescente para 2015 centrou-se mais na sobrevivência infantil.

Os processos seguintes incluirão indicadores relativos aos recém-nascidos e às mães, e os indicadores estão a ser convenientemente revistos.

*Alteração sugerida para a taxa de nados-mortos.

CAIXA IV.8 Apelo às acções para salvar os recém-nascidos africanos

Apelo às acções a nível nacional

- No final de 2007, produzir e publicar um plano de acção para definir metas de sobrevivência neonatal a serem implementadas pelos programas de saúde materna e de sobrevivência infantil e para ser interligado com o Roteiro. Este plano deverá basear-se em análises de situação e em evidências, incluir uma TMN definida como valor de referência, e especificar estratégias para se alcançarem as famílias mais pobres
- Financiar a implementação do plano identificando e mobilizando recursos internos, e procurando apoio externo quando necessário
- Implementar o plano com metas e prazos definidos, faseando o seu progresso no sentido da cobertura universal de intervenções essenciais
- Monitorizar os progressos alcançados e publicar os resultados regularmente, juntamente com processos em curso como o da revisão do sector da saúde, com o envolvimento da sociedade civil. Contar cada recém-nascido e fazer com que todos eles contem.

Apelo às acções a nível internacional

- Incluir a TMN como indicador do 4º objectivo dos ODM, com uma meta de 50% de redução entre 2000 e 2015. Publicar todos os anos a TMN nacional em relatórios internacionais anuais.
- Angariar recursos para poder satisfazer as necessidades adicionais identificadas (1,39 dólares per capita em África) a fim de conseguir uma elevada cobertura de intervenções
- Lutar pela convergência entre parceiros e doadores a nível nacional, conforme se recomenda na Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, a fim de aumentar a eficiência e reduzir a sobrecarga de informações a prestar, que pesa sobre os governos nacionais
- Investir na investigação nos sistemas de saúde, orientando-a para a busca de respostas às dúvidas sobre “como” proceder, especialmente no que diz respeito ao Controlo Pós-Natal, e em novas investigações sobre os nados-mortos e sobre desfechos não fatais por ocasião do parto

Dificuldades

- Sentimento de concorrência existente entre a sobrevivência do recém-nascido, da mãe ou da criança, o que é uma falsa escolha porque se alguém perder, todos perdem
- Conflitos potenciais entre as intervenções ao nível da comunidade e dos serviços de saúde, o que é outra falsa escolha, visto que ambos são necessários
- Os programas de saúde materna, neonatal e infantil defrontam-se actualmente com 11 milhões de mortes por ano. A atenção prestada e os financiamentos existentes continuam a ser insuficientes para a tarefa, perdida num mundo de emergências como a gripe aviária e o VIH/SIDA
- As respostas às solicitações dos países para o apoio necessário à tentativa de solucionar o problema das mortes dos recém-nascidos têm sido lentas e os países não podem indefinidamente continuar a apresentá-las.

Fonte: Baseada nas referências^{27,36} e adaptada para África



Mais informações

- WHO. World Health Report 2005: Make every mother and child count and World Health Report 2006: Working together for health.
- Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth ME, Chowdhury AM, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health. 2005. New York: Millennium Project.
- *The Lancet* child survival series 2003.
- *The Lancet* newborn survival series 2005.
- *The Lancet* maternal survival series 2006.
- Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. Disease Control Priorities. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- Save the Children. State of the World's Mothers 2006: saving the lives of mothers and newborns. 2006. Washington, DC: Save the Children.

Guias de programas e de planeamento

- WHO, Saving Newborn Lives/Save the Children and UK Department for International Development for the Healthy Newborn Partnership. Framework for Newborn Health Planning in the Context of Maternal, Newborn and Child Health: Overview for Policy-Makers, facilitated workshop manual. (Draft)
- WHO and Saving Newborn Lives/Save the Children for the Healthy Newborn Partnership. Guide for situation analysis for newborn health in the context of SMNI. (Draft)
- UNFPA. Road Map step-by-step guide. (Draft)
- WHO/Making Pregnancy Safer. District planning guide. (Draft)
- UNICEF. Saving Newborn Lives/Save the Children. Strategic guidance note on the newborn. (Draft)



Informações para agir

Os dados que sejam utilizados em contexto adequado e façam sentido para quem os utiliza são poderosos para melhorar as políticas, avaliar os progressos, orientar os programas, proteger os pobres e mobilizar a vontade de agir dos responsáveis e os recursos.

Esta secção reúne dados importantes, novos e já anteriormente publicados, sobre a saúde materna, neonatal e infantil (SMNI) relativos a 46 países da África Sub-Sahariana.

A secção contém:

- 46 perfis de países relativamente aos seus serviços de SMNI, destacando-se neles, em especial, a saúde dos recém-nascidos
- Um perfil-resumo da África Sub-Sahariana
- Quadros-resumo de 46 países
 - Estatísticas económicas
 - Estatísticas da cobertura
 - Estatísticas dos óbitos
- Notas sobre os dados e fontes acerca dos dados utilizados nesta publicação e perfis e quadros de países

Estas informações podem ser utilizadas para ajudar a que as vidas das mães, dos recém-nascidos e das crianças contem.

Referência rápida às siglas utilizadas nos perfis dos países

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AM	Aleitamento materno
COE	Cuidados Obstétricos de Emergência
CPN	Controlo Pré-natal
CpósN	Controlo Pós-Natal
IRA	Infecção Respiratória Aguda
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical do VIH
SMNI	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
TMCM5	Taxa de Mortalidade de Crianças com Menos de 5 anos
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMN	Taxa de Mortalidade Neonatal
TPC	Taxa de Prevalência de Contraceptivos
TIPMG	Tratamento Intermitente Preventivo da Malária durante a Gravidez
VTDTCT	Vacina Tríplice da Difteria, da Tosse Convulsa e do Tétano

Este perfil foi actualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes. Os perfis que se seguem foram actualizados a partir da edição em Inglês deste livro para incluírem os dados publicados mais recentes: Congo, Malawi, Mali, Níger, Uganda e Ruanda. A maioria da África Sub-Sahariana permaneceu inalterada.

África Sub-Sahariana



NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	697 561 000
Partos por ano	28 263 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna materna por 100 000 nados-vivos	940
Mortes maternas por ano	247 300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	32
Nados-mortos por ano	890 000
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	41
Mortes neonatais por ano	1 155 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	63%

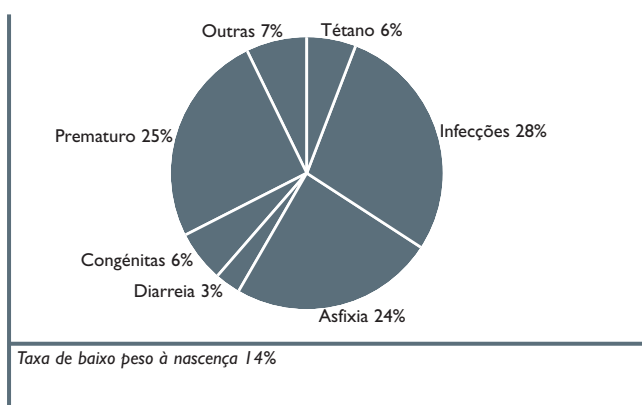
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	164
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	4 636 900
Número de mortes pós-natal por ano	3 482 200
TMN dos menores de 5 anos, em %	25%

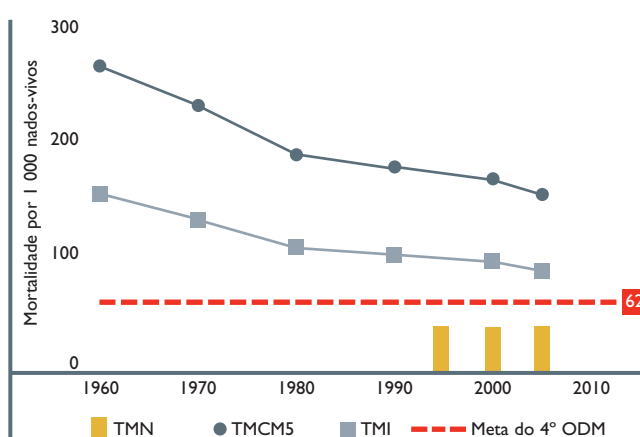
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Países a iniciar o Roteiro	35
Países com task-force nacional de SMNI	20
Cobertura dos registos de nascimento	38%
Número de hospitais amigos dos bebês	2 098
Parteiras por 1 000 habitantes	0,04
Países com distritos piloto com AIDI	27
Países com eliminação do tétano neonatal	7

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



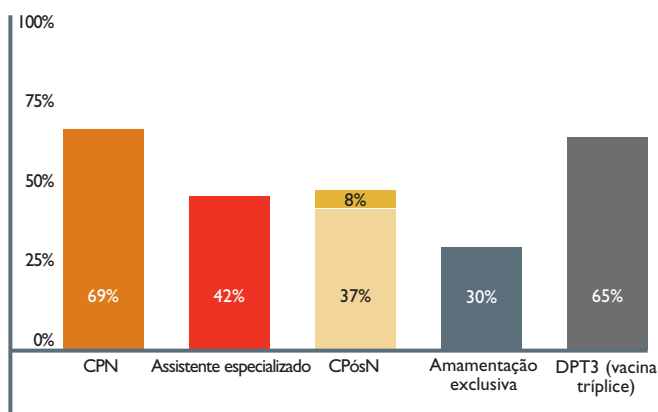
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 796 000
Intervalo da redução da TMN	37-67%

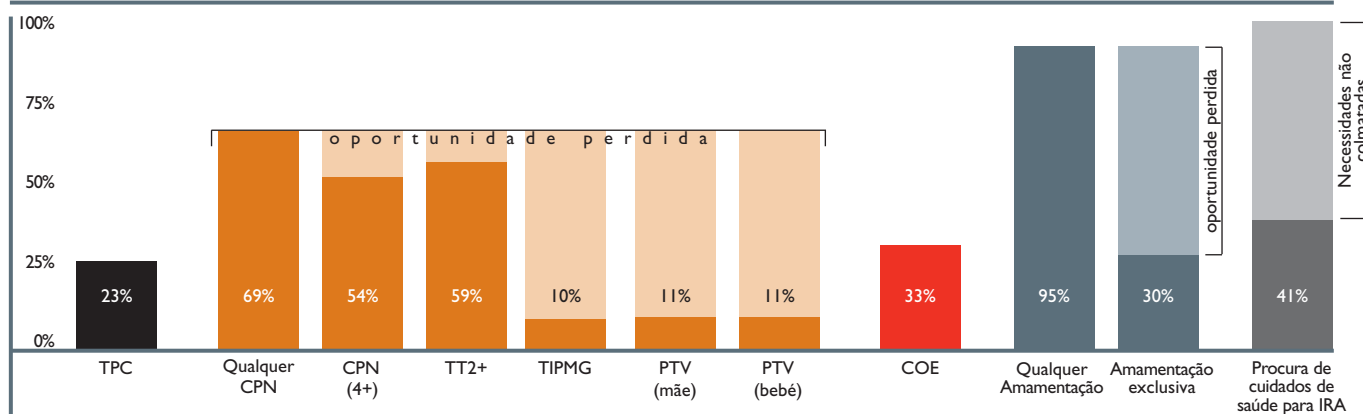
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 611
Despesa governam. média em saúde, per capita (dólares)	\$ 14
Despesa governam. média com saúde % do total despesa governamental	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	40%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	10 de 20
Rubrica orçamental para recém-nascidos	2 de 7

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

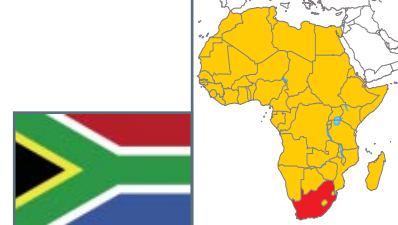


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Os TMN, TMI e U5MR considerados incluem 8 países em que foram utilizados dados IDS não ajustados.

África do Sul



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	47 208 000
Partos por ano	1 093 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	230
Mortes maternas por ano	2 500

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	18
Nados-mortos por ano	19 500
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	21
Mortes neonatais por ano	23 000
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

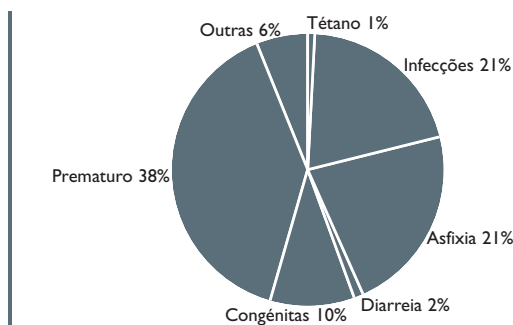
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	67
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	73 200
Décès postnatais anuais	50 200
TMN dos menores de 5 anos, em %	31%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

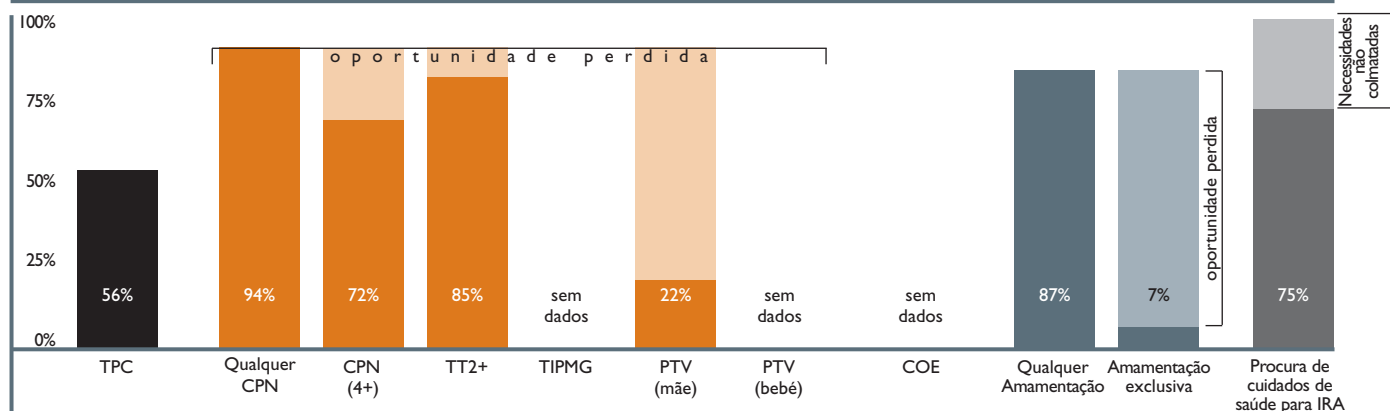
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	0
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	176
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	93%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



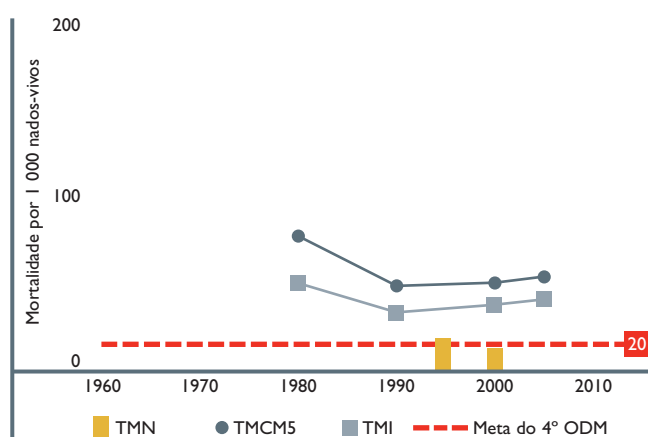
Taxa de baixo peso à nascença 15%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



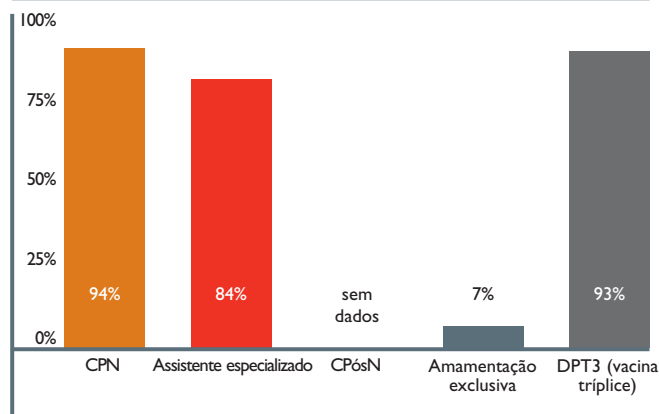
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 9 100
Intervalo da redução da TMN	17-41%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 3 630
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 114
Despesas governamentais com a saúde	10%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	36%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Angola



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	15 490 000
Partos por ano	749 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 700
Mortes maternas por ano	12 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	33
Nados-mortos por ano	25 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	54
Mortes neonatais por ano	40 100
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

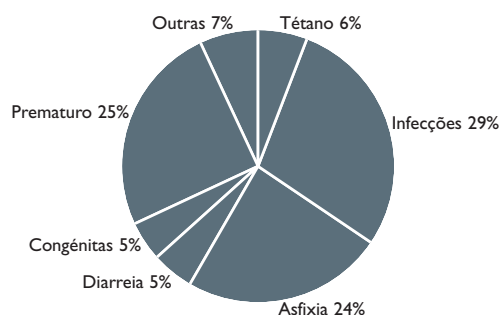
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	260
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	194 700
Décès postnatais anuais	154 600
TMN dos menores de 5 anos, em %	21%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

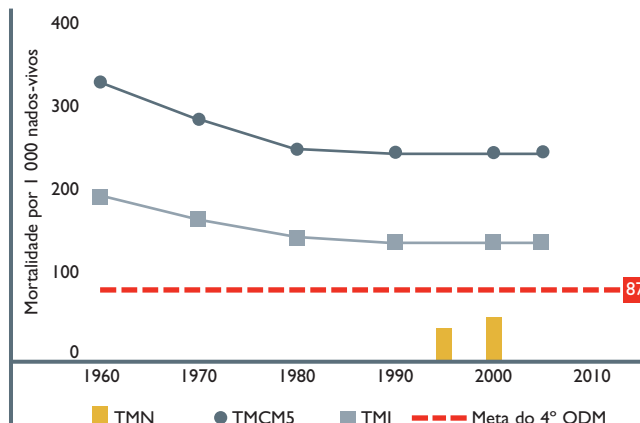
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	em curso
Cobertura dos registos de nascimento	29%
Número de hospitais amigos dos bebês	3
Parteiras por 1 000 habitantes	0,04
Distritos com AIDI	2%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



Taxa de baixo peso à nascença 12%

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



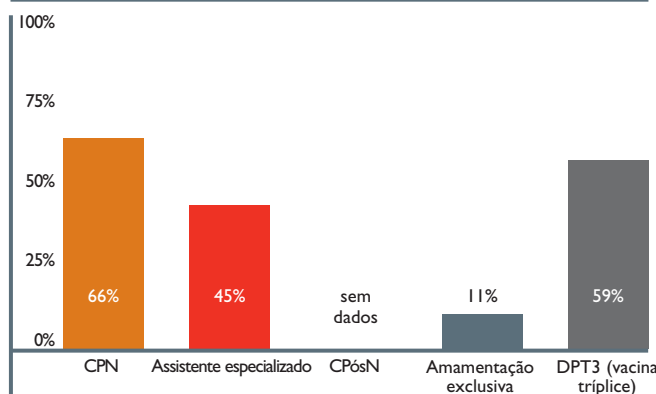
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 30 300
Intervalo da redução da TMN	42-72%

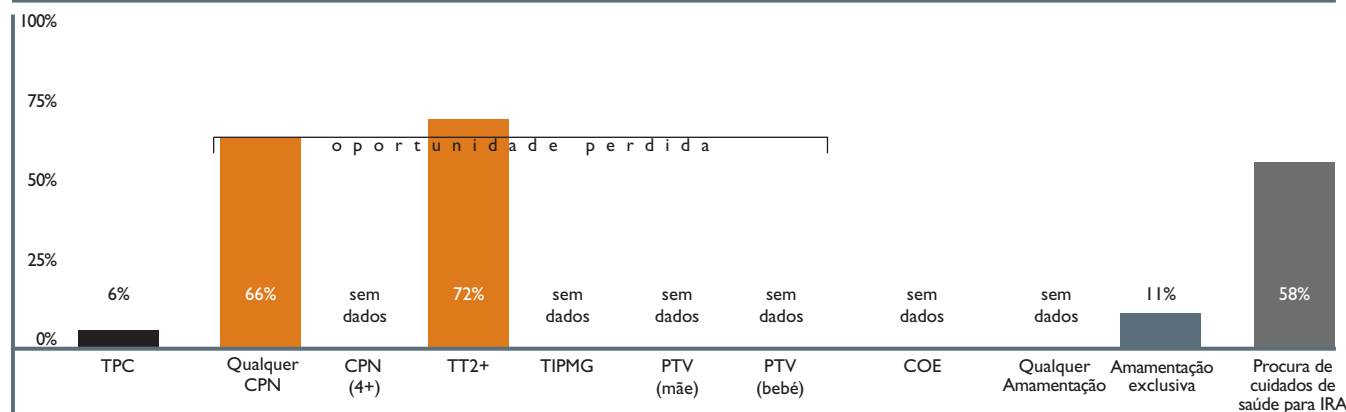
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 1 030
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 22
Despesas governamentais com a saúde	5%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	16%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

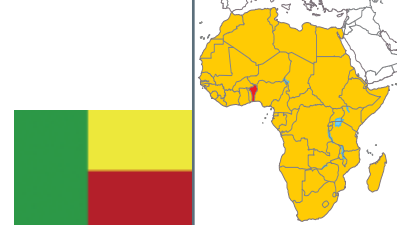
COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



OPORTUNIDADES PERDIDAS



Benim



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	8 177 000
Partos por ano	341 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	850
Mortes maternas por ano	2 900

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	30
Nados-mortos por ano	10 400
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	41
Mortes neonatais por ano	14 100
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	43%

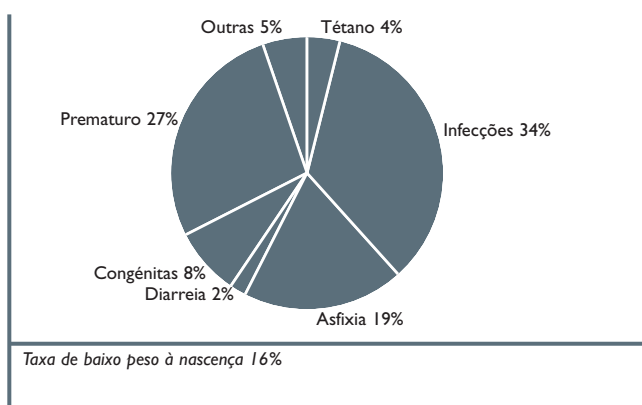
ENFANTS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	152
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	51 800
Décès postnatais annuels	37 700
TMN dos menores de 5 anos, em %	27%

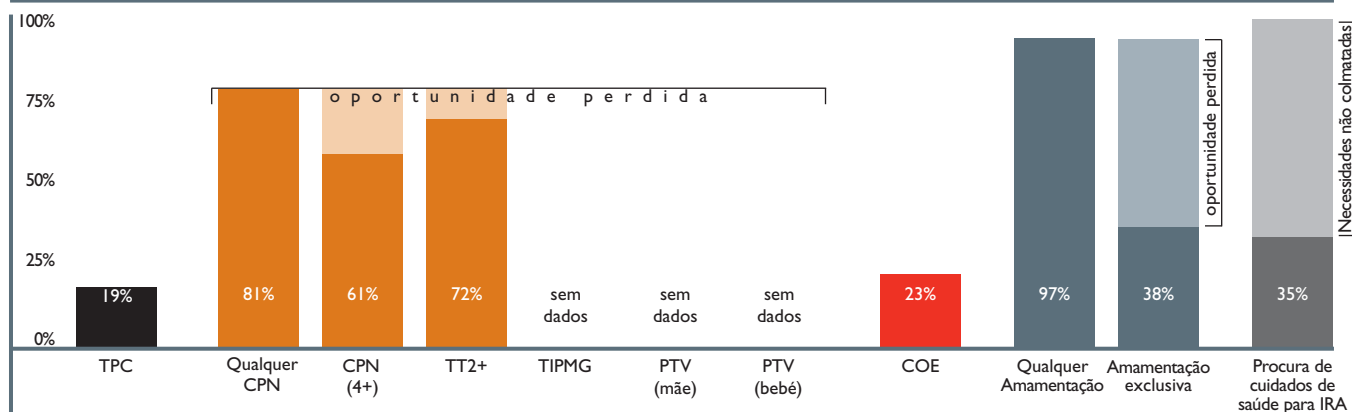
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	em curso
Cobertura dos registos de nascimento	70%
Número de hospitais amigos dos bebês	23
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	26%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

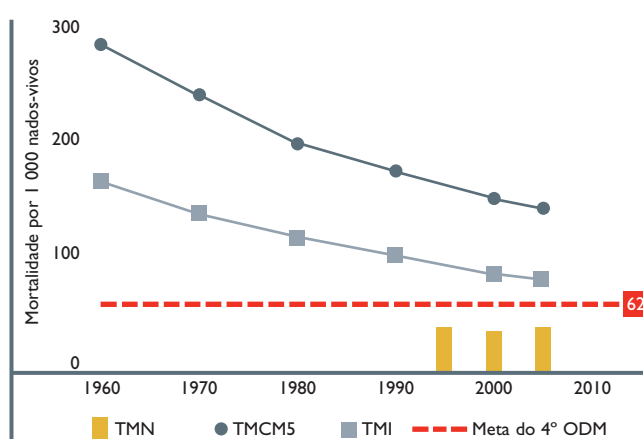


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



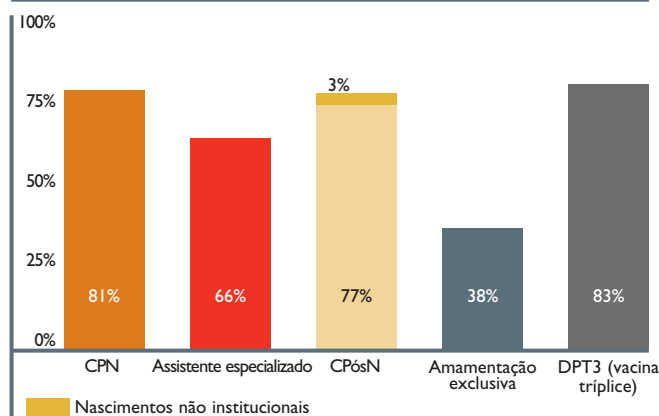
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 8 100
Intervalo da redução da TMN	26-55%

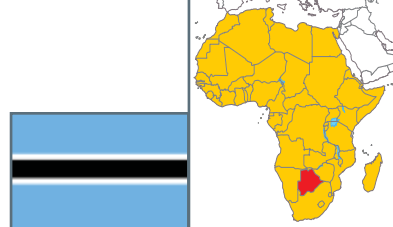
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 530
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 9
Despesas governamentais com a saúde	10%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	51%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Botsuana



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	1 769 000
Partos por ano	46 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	100
Mortes maternas por ano	-

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	19
Nados-mortos por ano	900
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	40
Mortes neonatais por ano	1 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

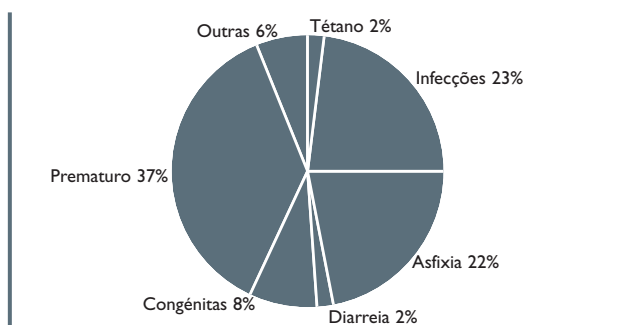
ENFANTS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	116
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	5 300
Décès postnatais anuais	3 500
TMN dos menores de 5 anos, em %	34%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

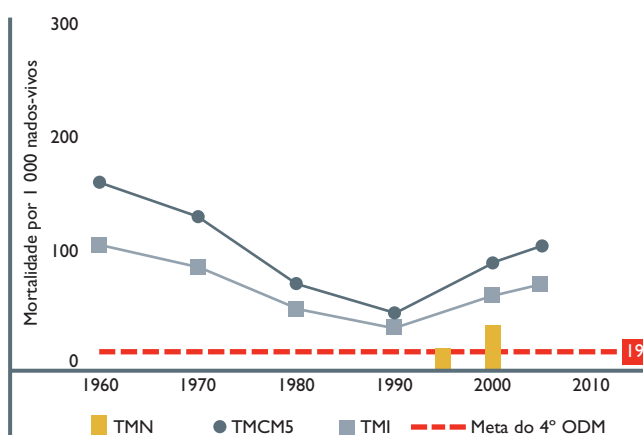
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	em curso
Cobertura dos registos de nascimento	58%
Número de hospitais amigos dos bebês	7
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	46%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



Taxa de baixo peso à nascença 10%

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



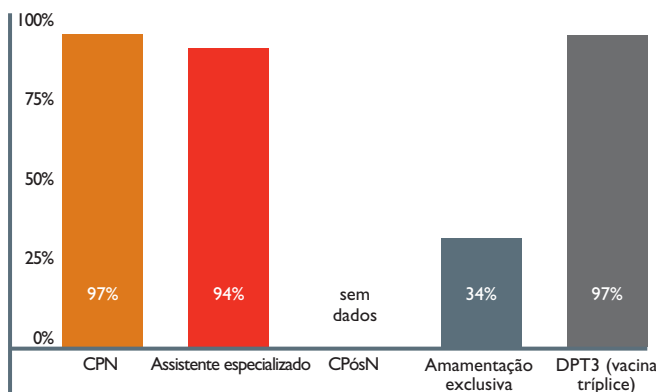
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 900
Intervalo da redução da TMN	24-53%

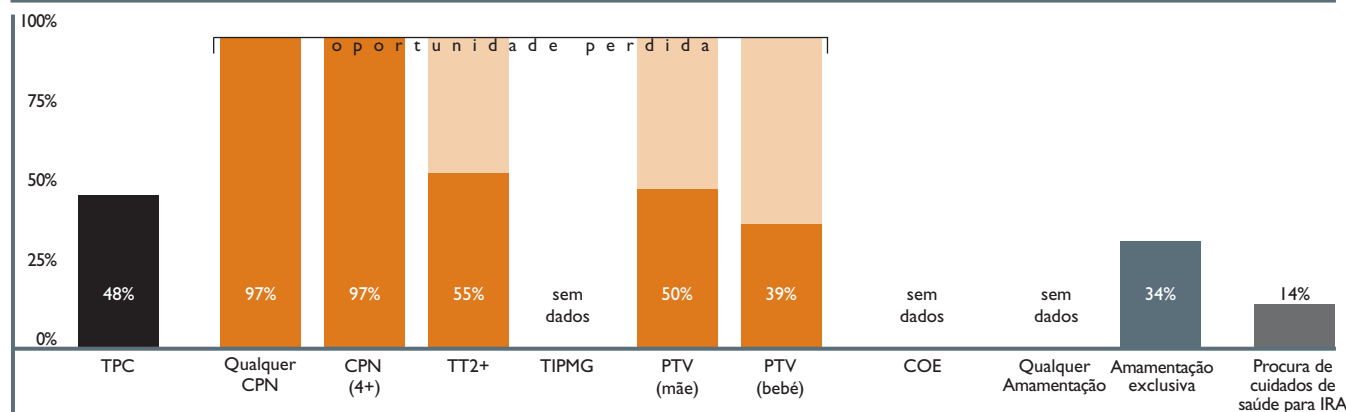
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 4 340
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 135
Despesas governamentais com a saúde	8%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	12%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

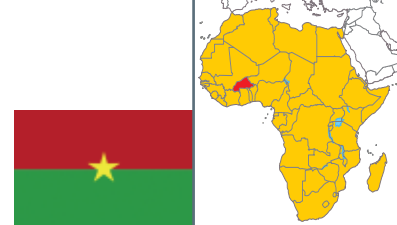


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Burkina Faso



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	12 822 000
Partos por ano	601 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 000
Mortes maternas por ano	6 000

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	26
Nados-mortos por ano	16 000
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	31
Mortes neonatais por ano	18 600
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	11%

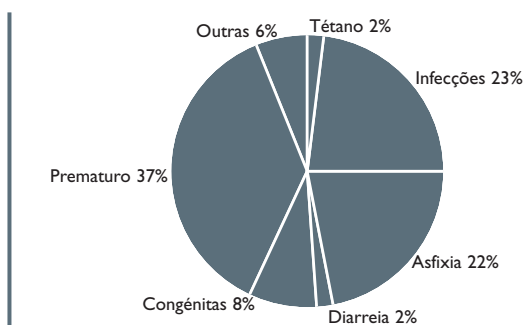
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	192
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	115 400
Décès postnatais annuels	96 800
TMN dos menores de 5 anos, em %	16%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

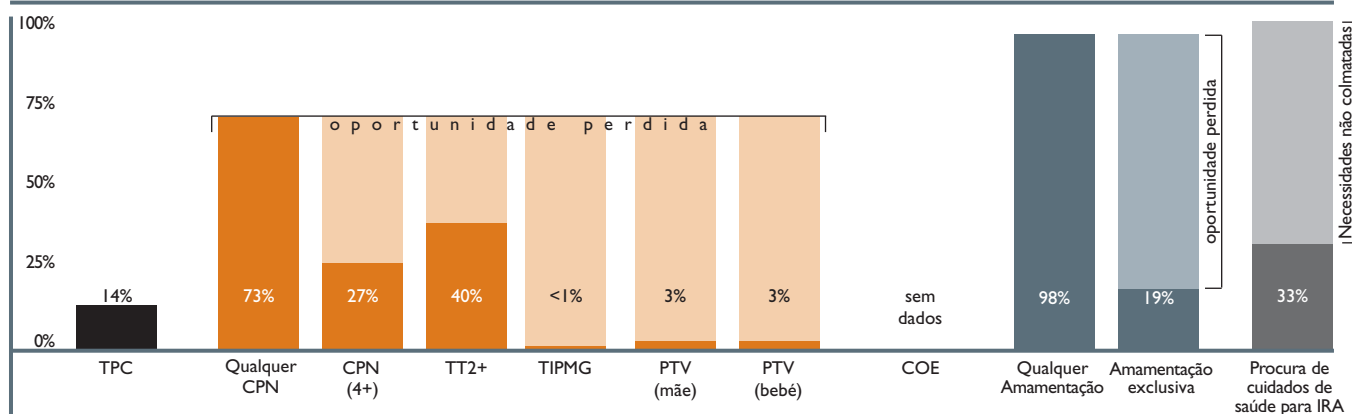
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	2
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	6
Parteiras por 1 000 habitantes	0,13
Distritos com AIDI	5%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



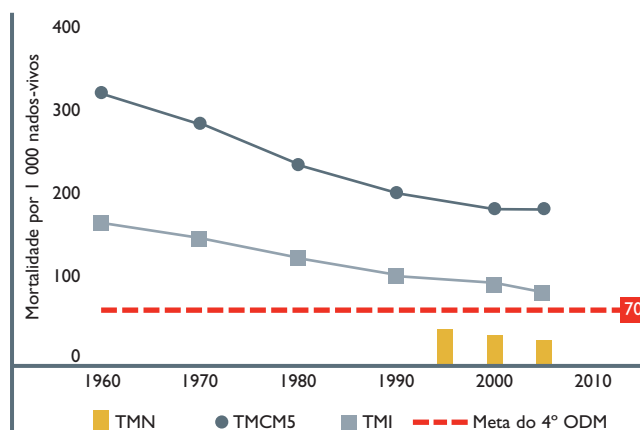
Taxa de baixo peso à nascença 10%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



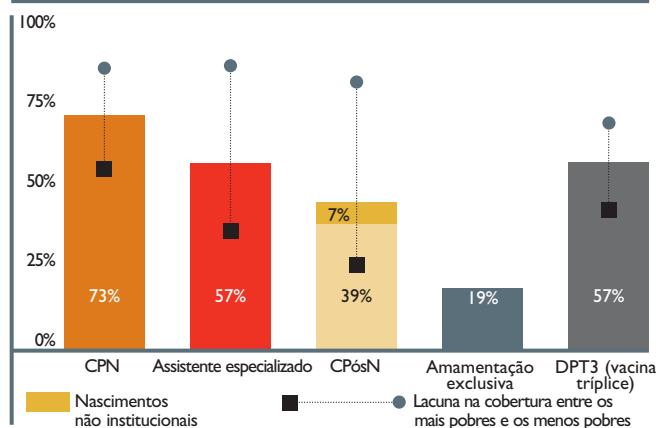
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 14 000
Intervalo da redução da TMN	40-72%

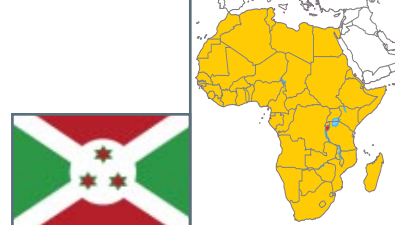
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 360
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 9
Despesas governamentais com a saúde	13%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	52%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Burundi



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	7 282 000
Partos por ano	330 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 000
Mortes maternas por ano	3 300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	34
Nados-mortos por ano	11 600
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	41
Mortes neonatais por ano	14 600
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

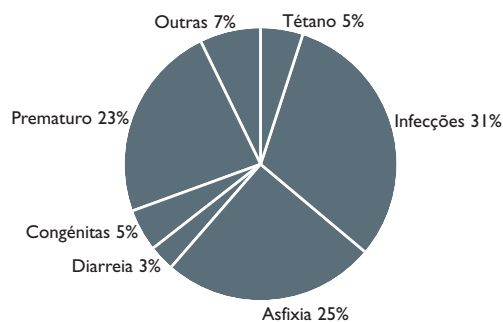
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	190
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	62 700
Décès postnatais annuels	49 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	22%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

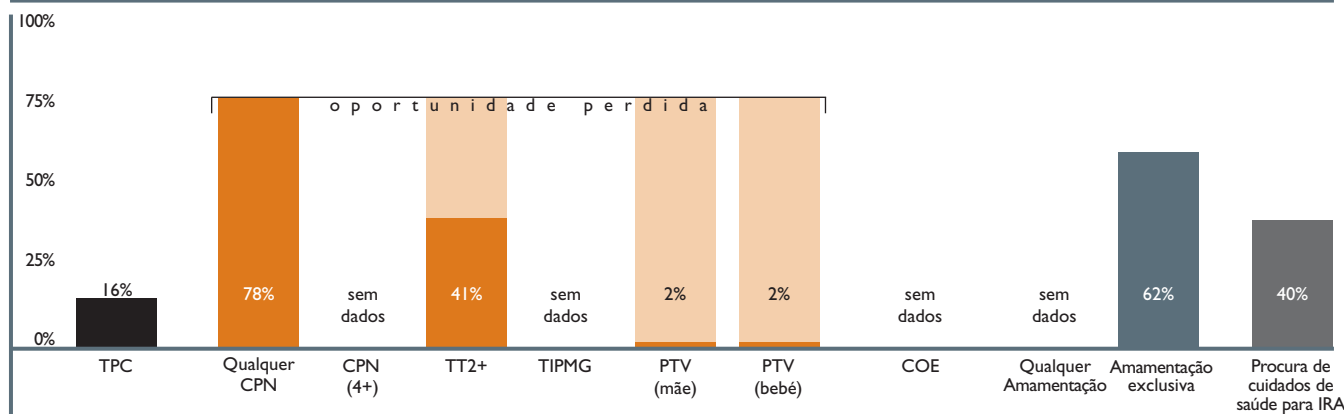
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	8
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	75%
Número de hospitais amigos dos bebês	1
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

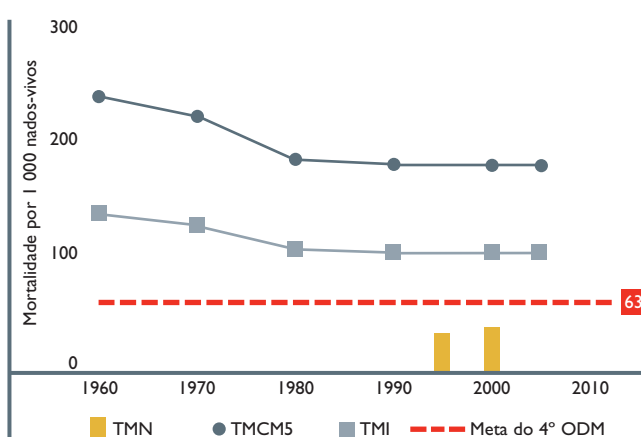


Taxa de baixo peso à nascença 16%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



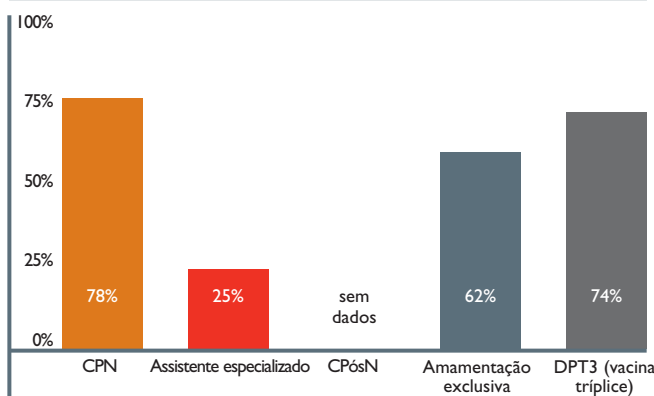
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 10 600
Intervalo da redução da TMN	40-71%

FINANCIAMENTO

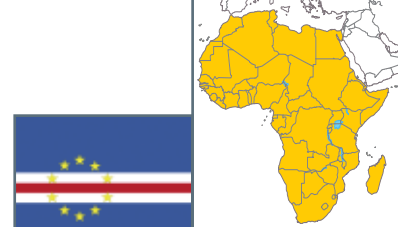
Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 90
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 1
Despesas governamentais com a saúde	2%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	77%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Cabo Verde



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	495 000
Partos por ano	15 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	150
Mortes maternas por ano	-

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	16
Nados-mortos por ano	200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	10
Mortes neonatais por ano	200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

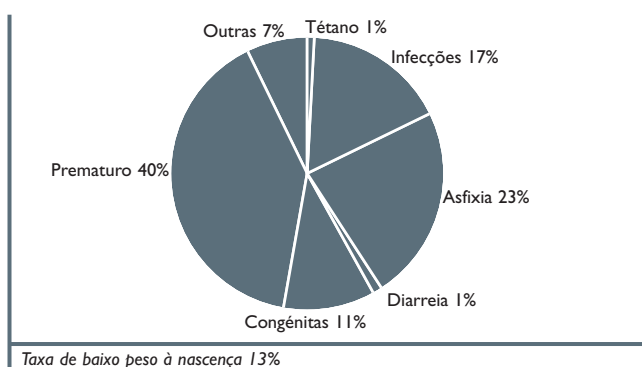
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	36
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	500
Décès postnatais anuais	300
TMN dos menores de 5 anos, em %	28%

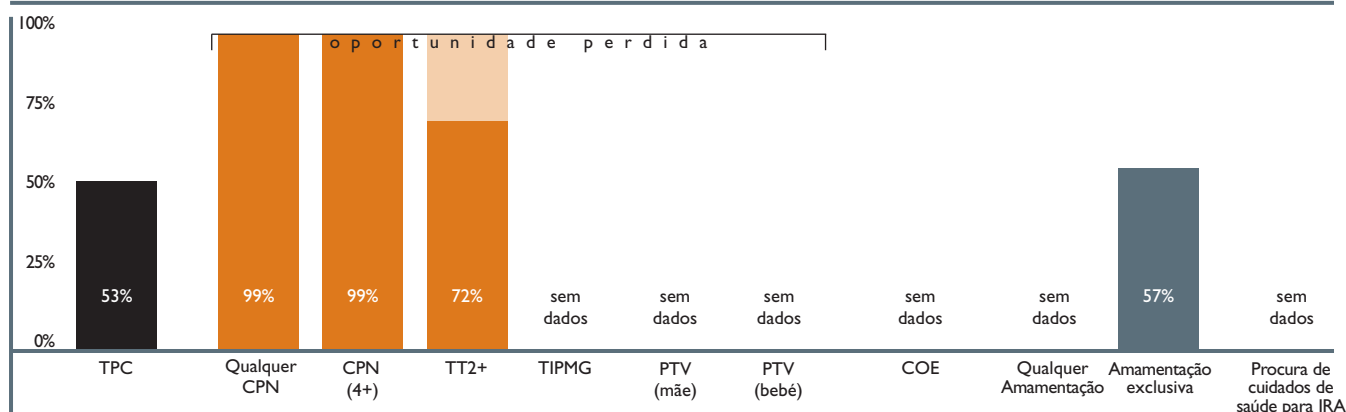
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	0
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	1
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

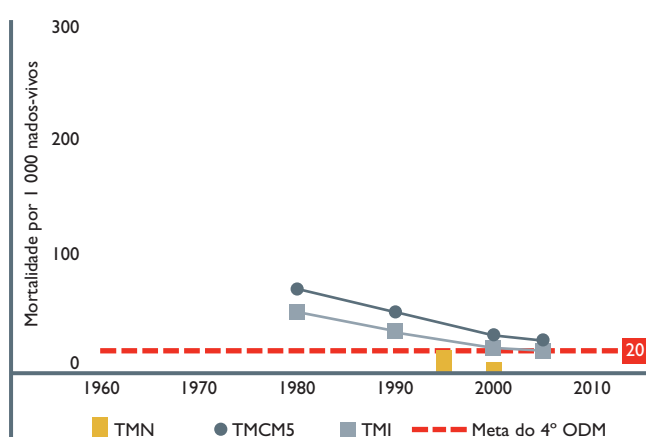


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



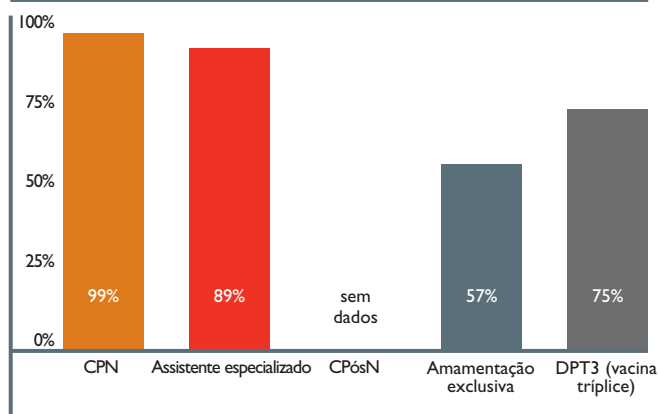
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	<100
Intervalo da redução da TMN	15-36%

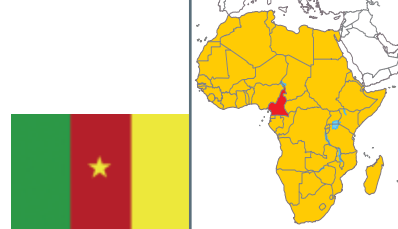
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 1 700
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 57
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	27%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Camarões



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	16 038 000
Partos por ano	562 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	730
Mortes maternas por ano	4 100

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	27
Nados-mortos por ano	15 600
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	29
Mortes neonatais por ano	16 300
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	55%

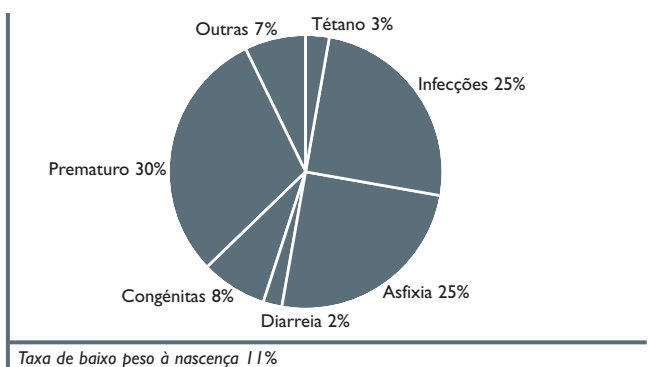
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	149
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	83 700
Décès postnatais anuais	67 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	19%

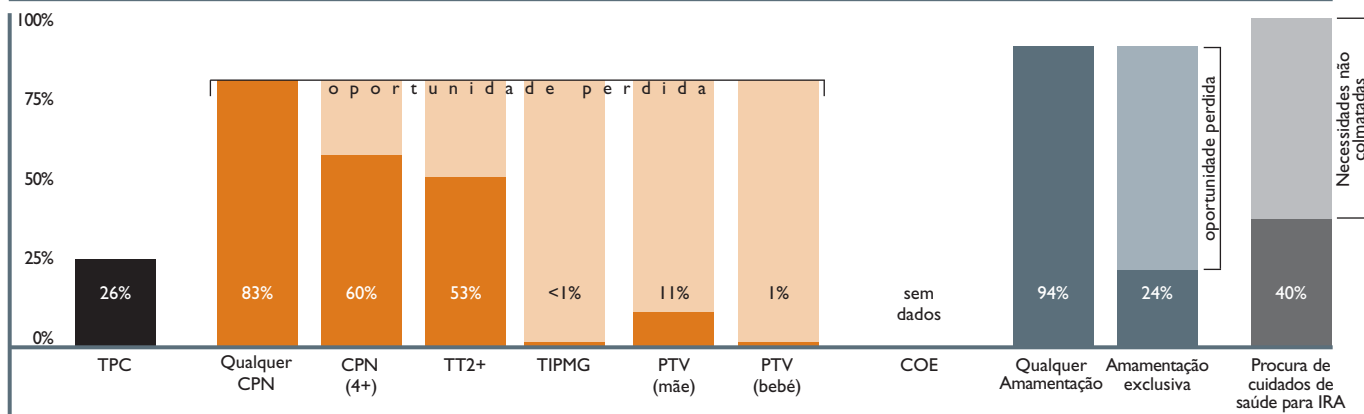
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	5
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	79%
Número de hospitais amigos dos bebês	1
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	6%
Eliminação do tétano neonatal	Não

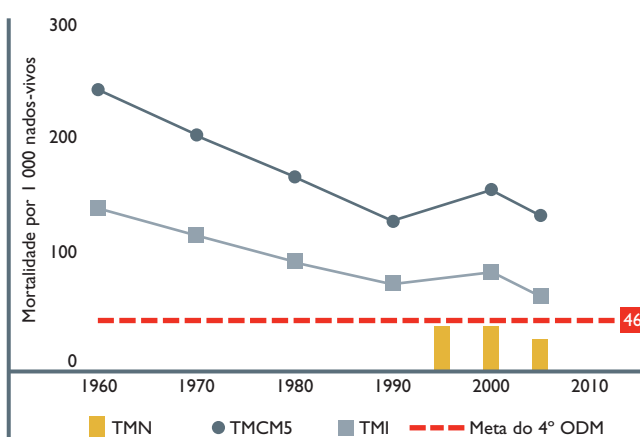
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



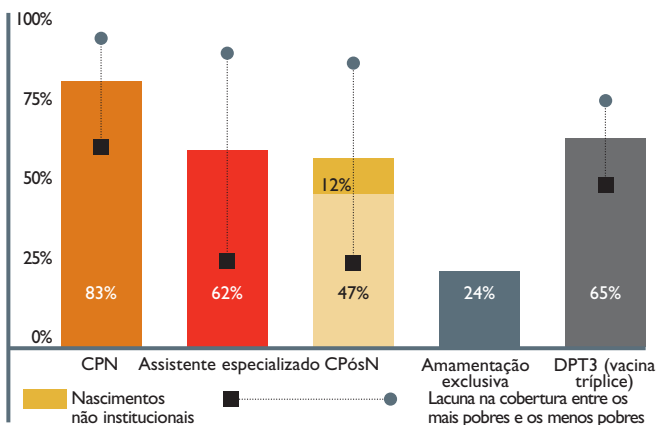
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 9 300
Intervalo da redução da TMN	28-57%

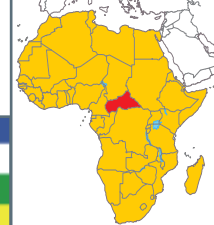
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 800
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 11
Despesas governamentais com a saúde	8%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	70%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Centro Africana, República



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	3 986 000
Partos por ano	149 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 100
Mortes maternas por ano	1 600

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	29
Nados-mortos por ano	4 400
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	48
Mortes neonatais por ano	7 200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	150%

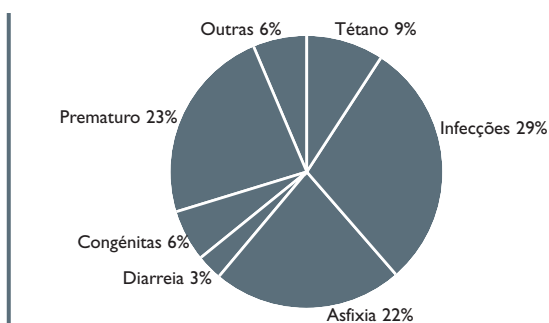
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	193
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	28 800
Décès postnatais annuels	21 600
TMN dos menores de 5 anos, em %	25%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

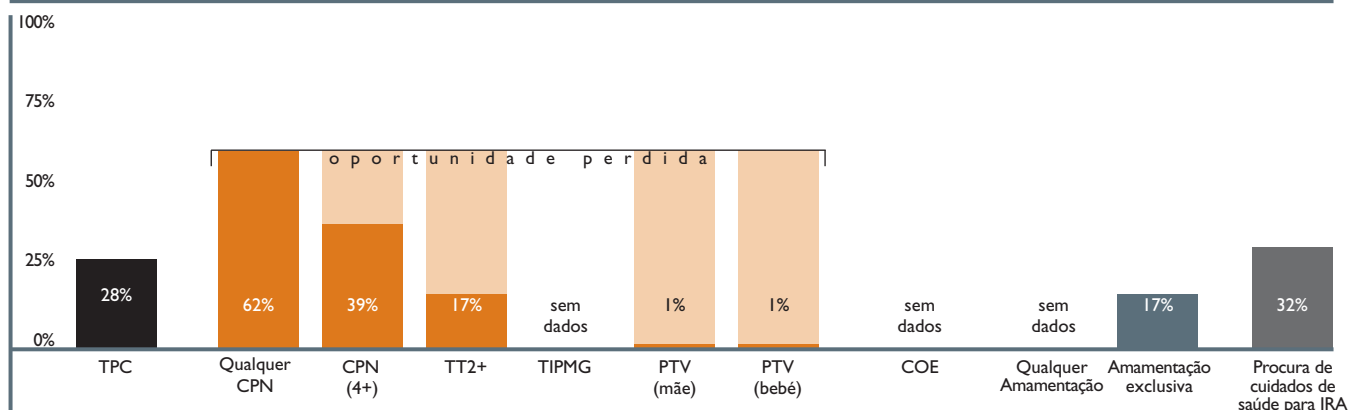
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	73%
Número de hospitais amigos dos bebês	4
Parteiras por 1 000 habitantes	0,13
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



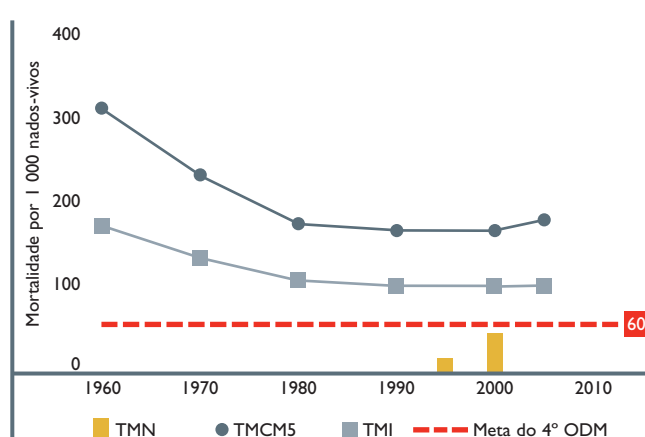
Taxa de baixo peso à nascença 14%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



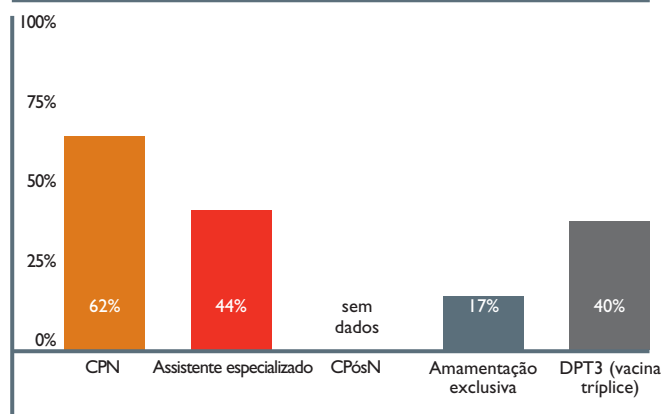
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 4 700
Intervalo da redução da TMN	36-66%

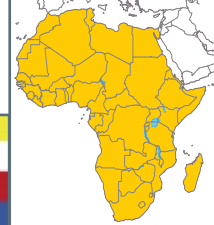
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 310
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	12%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	59%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Comoros



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	777 000
Partos por ano	28 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	480
Mortes maternas por ano	100

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	26
Nados-mortos por ano	700
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	29
Mortes neonatais por ano	800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

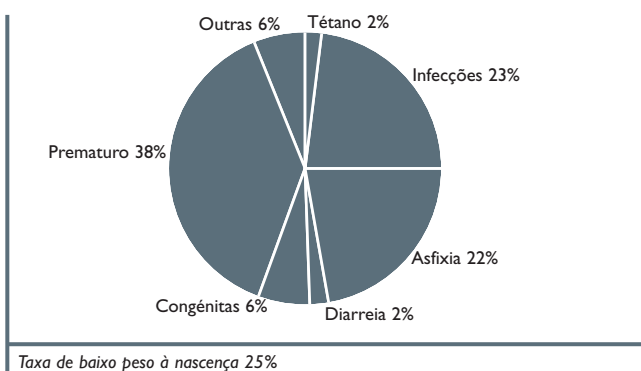
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	70
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	2 000
Décès postnatais annuels	12 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	41%

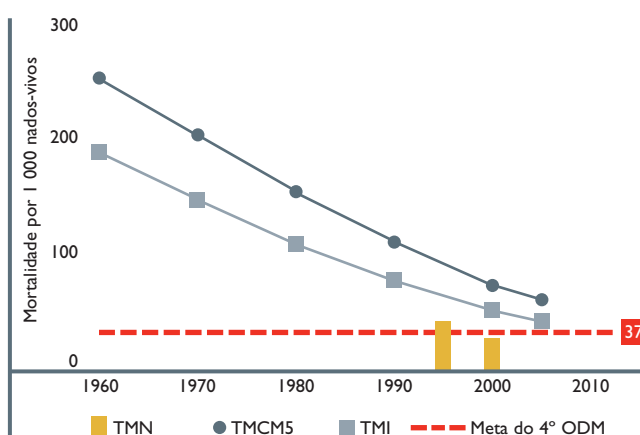
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	7
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	83%
Número de hospitais amigos dos bebês	19
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



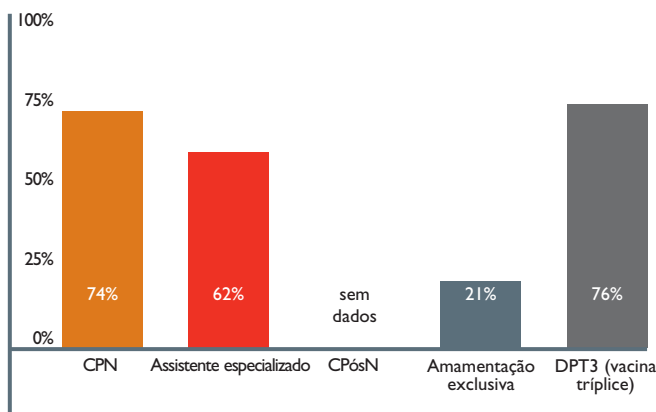
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 500
Intervalo da redução da TMN	36-68%

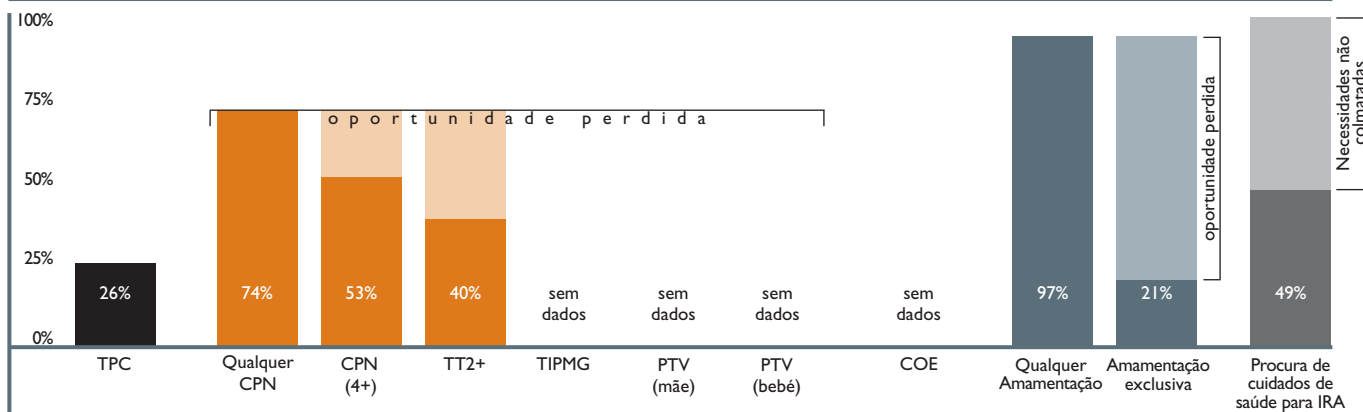
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 530
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 6
Despesas governamentais com a saúde	6%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	46%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

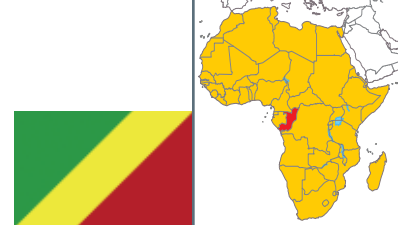


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Congo



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	3 883 000
Partos por ano	172 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	781
Mortes maternas por ano	1 300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	28
Nados-mortos por ano	4 900
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	33
Mortes neonatais por ano	5 700
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

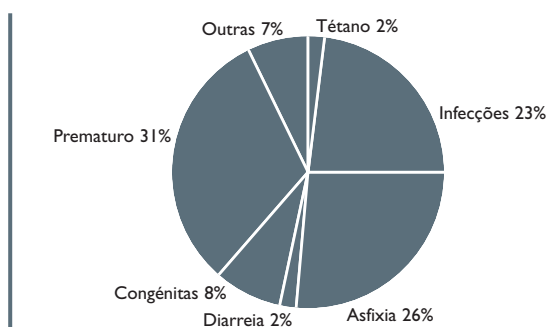
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	117
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	20 100
Décès postnatais annuels	14 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	28%

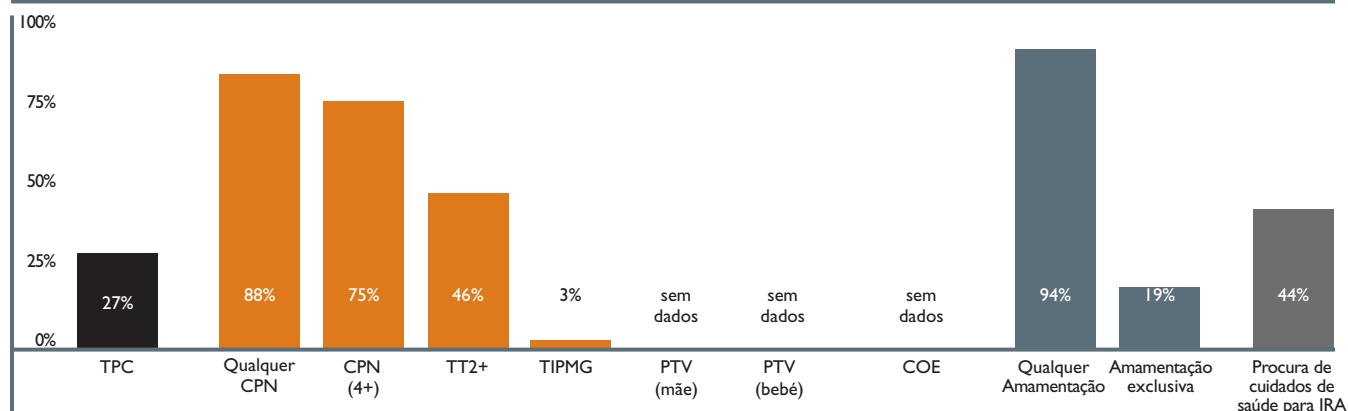
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	3
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

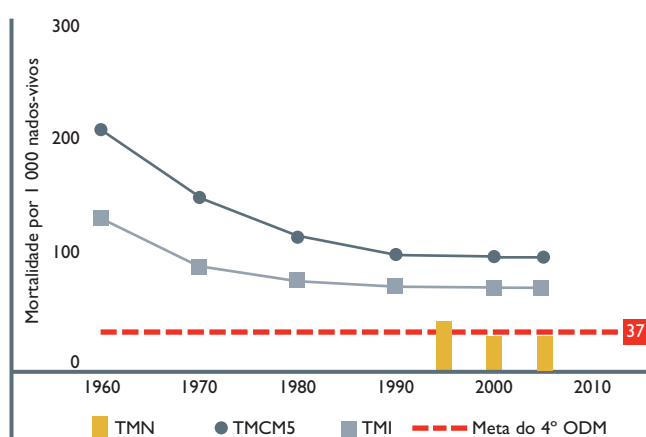


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados. Para este país, o TMM, USMR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados. Este perfil foi atualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes.

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



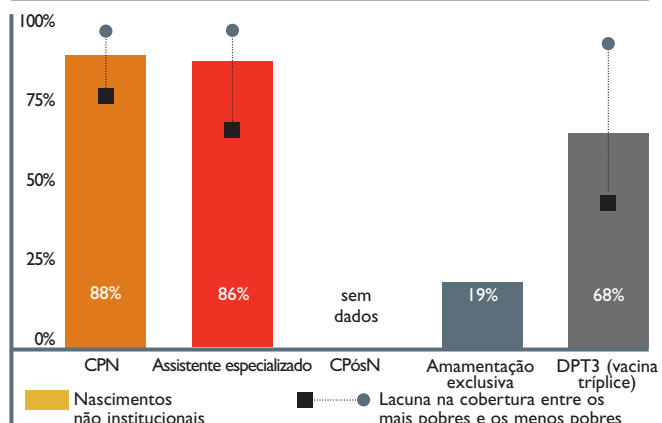
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 3 500
Intervalo da redução da TMN	32-62%

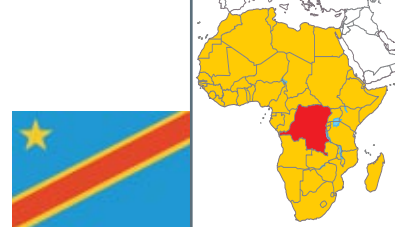
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 770
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 12
Despesas governamentais com a saúde	4%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	36%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Congo, República Democrática do



NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	55 853 000
Partos por ano	2 788 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	990
Mortes maternas por ano	27 600

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	34
Nados-mortos por ano	98 000
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	47
Mortes neonatais por ano	130 900
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

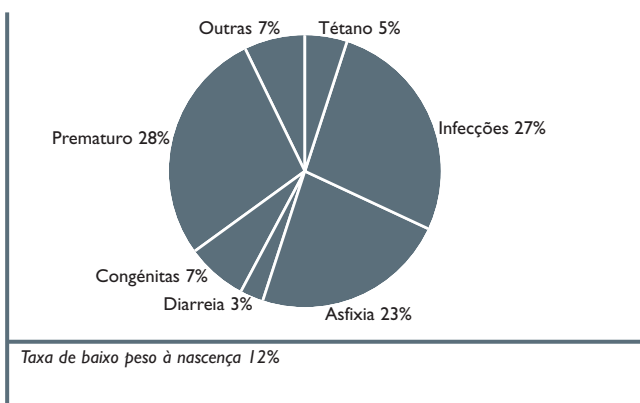
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	205
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	571 500
Décès postnatais annuels	440 600
TMN dos menores de 5 anos, em %	23%

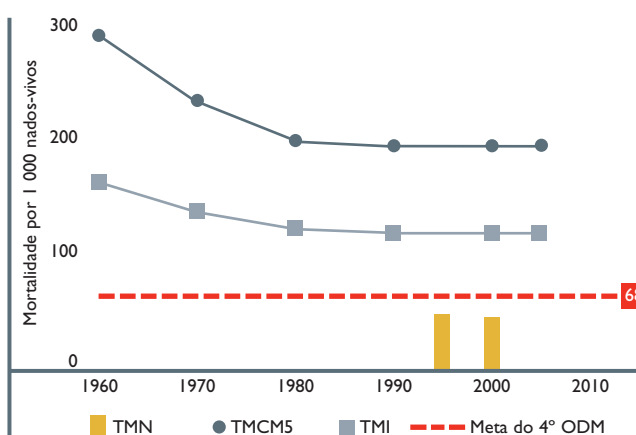
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	5
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	34%
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	4%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



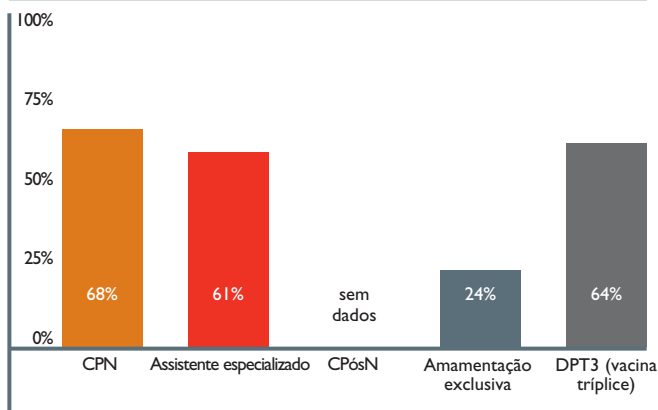
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 88 300
Intervalo da redução da TMN	33-64%

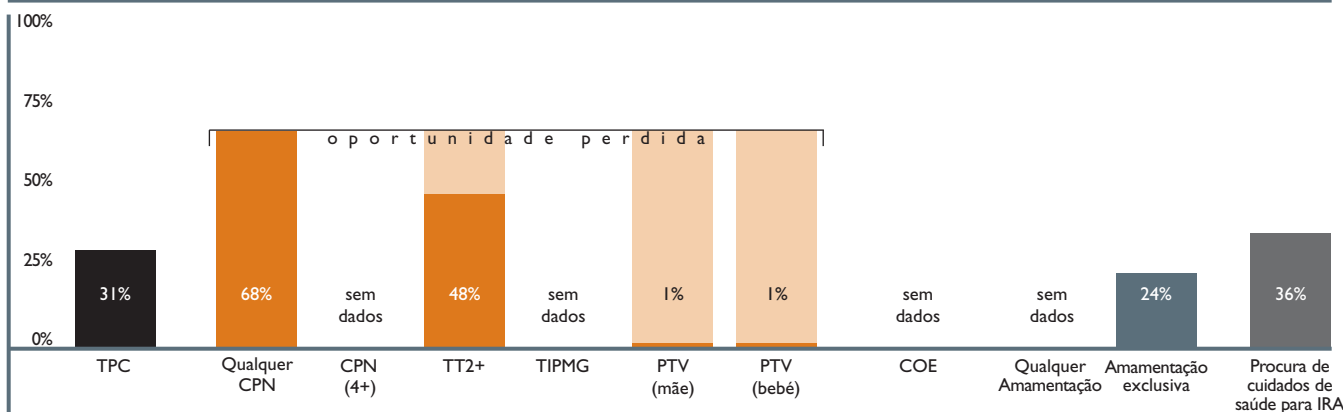
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 120
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 1
Despesas governamentais com a saúde	5%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	82%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

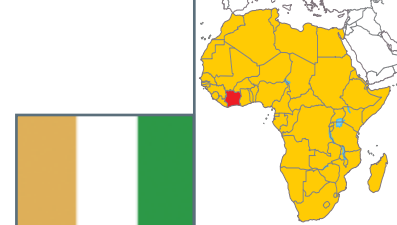


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Costa do Marfim



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	17 872 000
Partos por ano	661 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	690
Mortes maternas por ano	4 600

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	34
Nados-mortos por ano	23 200
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	65
Mortes neonatais por ano	42 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	53%

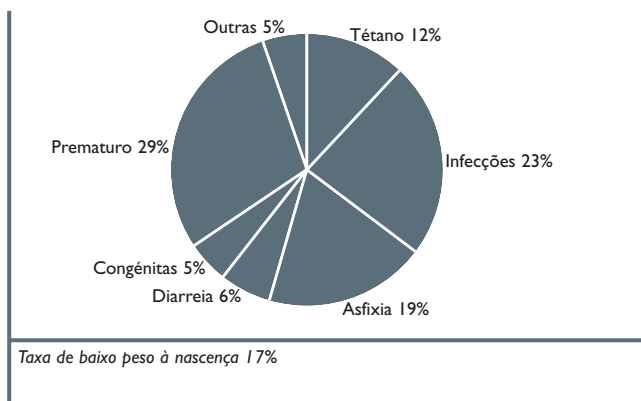
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	194
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	128 200
Décès postnatais anuais	85 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	33%

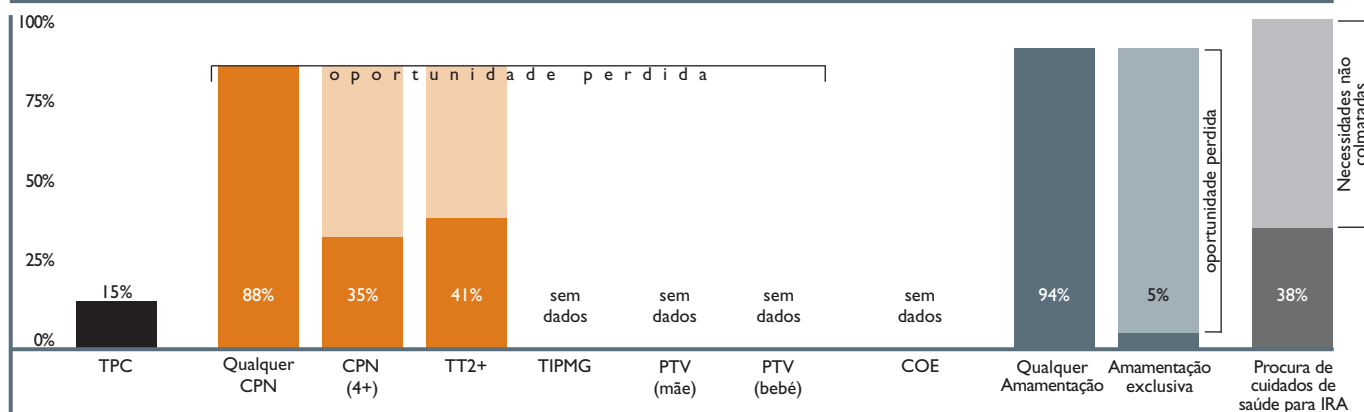
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	72%
Número de hospitais amigos dos bebês	85
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	5%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

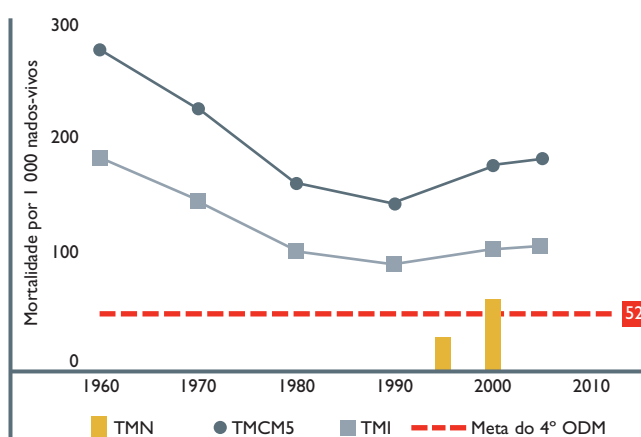


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



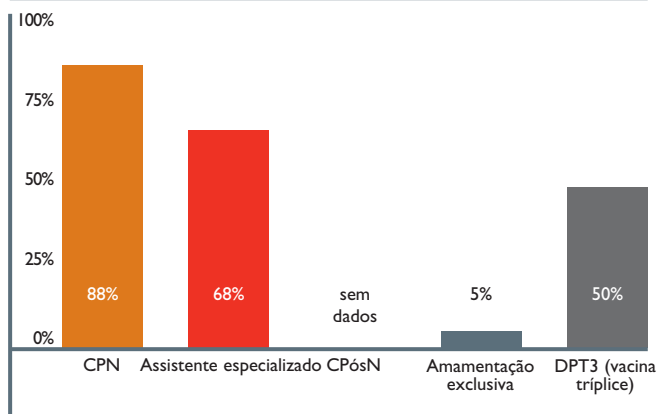
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 29 000
Intervalo da redução da TMN	38-67%

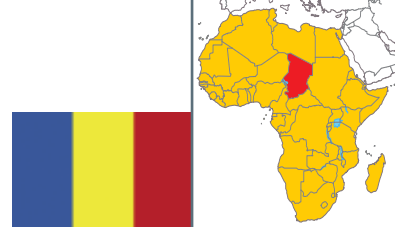
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 770
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 8
Despesas governamentais com a saúde	5%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	66%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Chade



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	9 448 000
Partos por ano	456 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	1 099
Mortes maternas por ano	5 000

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	34
Nados-mortos por ano	15 900
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	39
Mortes neonatais por ano	17 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	57%

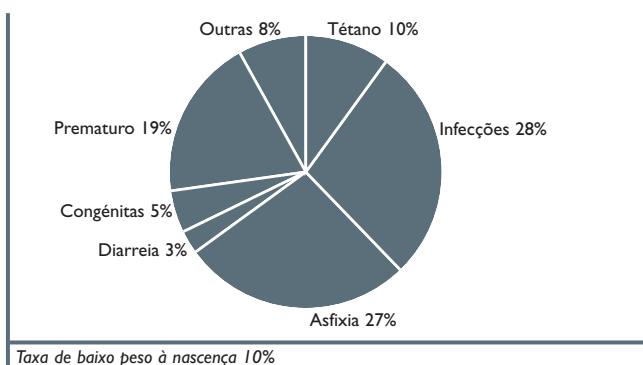
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	191
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	87 100
Décès postnatais annuels	69 300
TMN dos menores de 5 anos, em %	20%

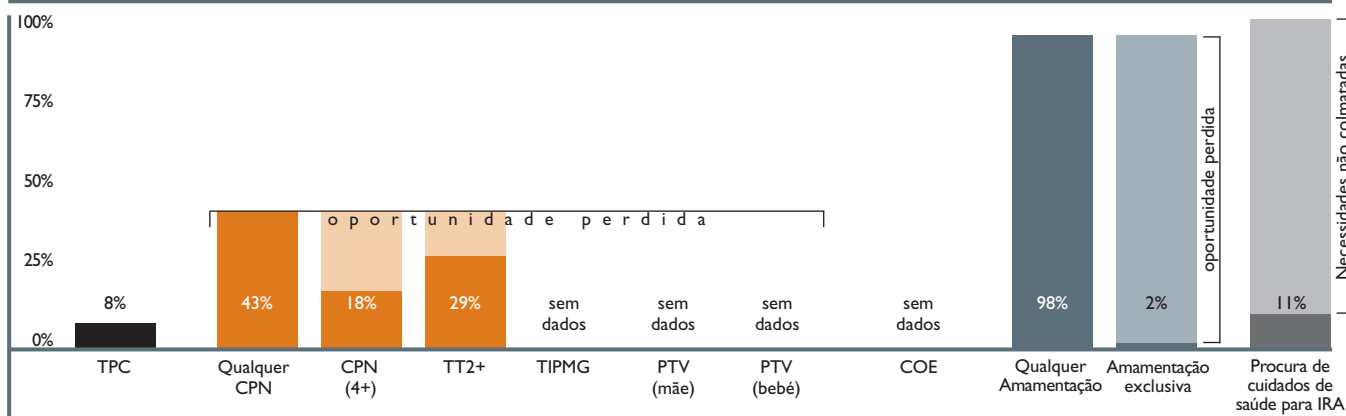
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	2
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	25%
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	0,01
Distritos com AIDI	6%
Eliminação do tétano neonatal	Não

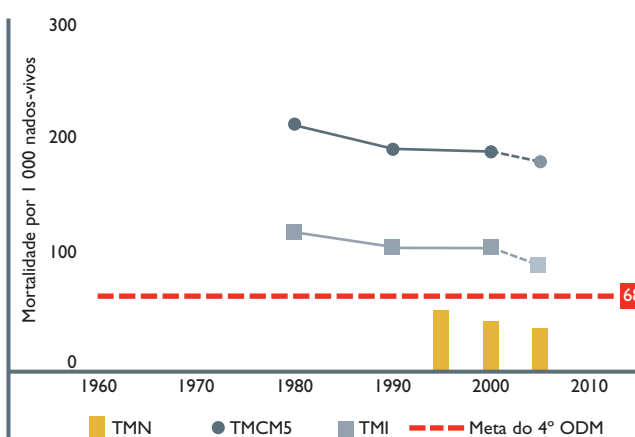
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



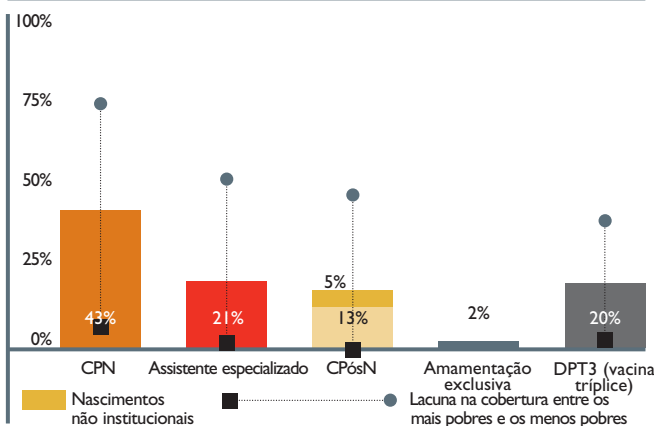
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 13 800
Intervalo da redução da TMN	45-73%

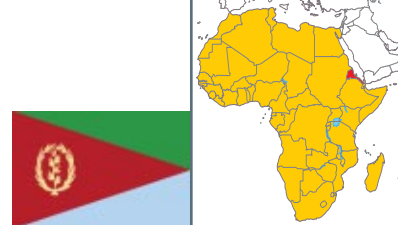
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 260
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 7
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	58%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Eritreia



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	4 232 000
Partos por ano	166 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	630
Mortes maternas por ano	1 000

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	27
Nados-mortos por ano	4 600
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	24
Mortes neonatais por ano	4 000
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	33%

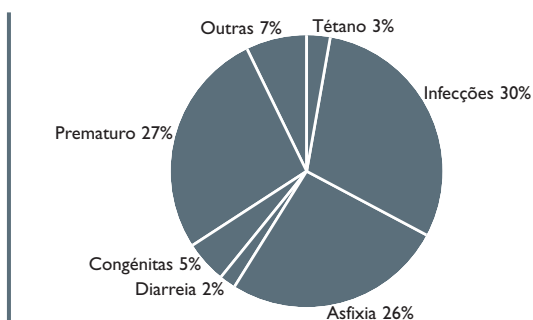
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	82
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	13 600
Décès postnatais anuais	9 600
TMN dos menores de 5 anos, em %	29%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

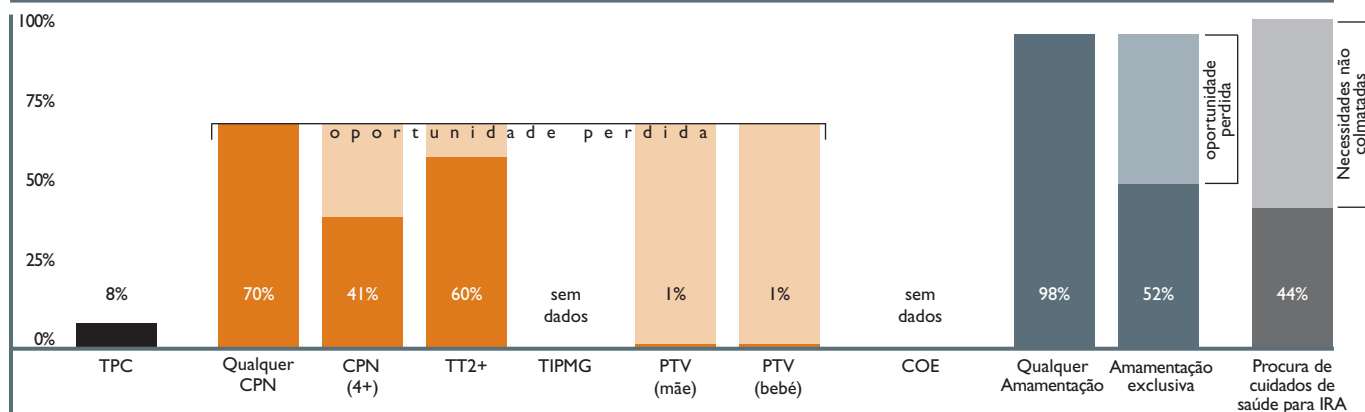
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	46
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	36%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



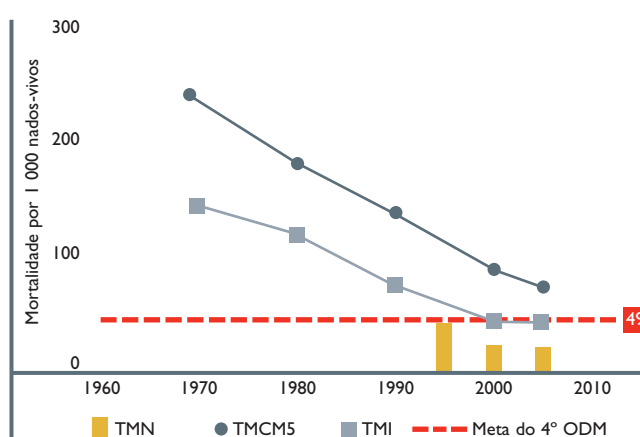
Taxa de baixo peso à nascença 21%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



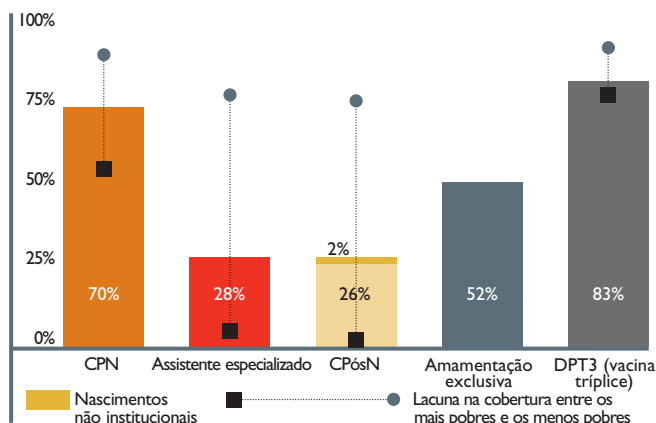
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 3 000
Intervalo da redução da TMN	41-72%

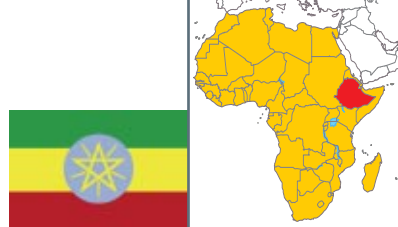
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 180
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	4%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	55%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Etiópia



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	75 600 000
Partos por ano	3 064 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	850
Mortes maternas por ano	26 000

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	36
Nados-mortos por ano	114 600
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	39
Mortes neonatais por ano	119 500
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	30%

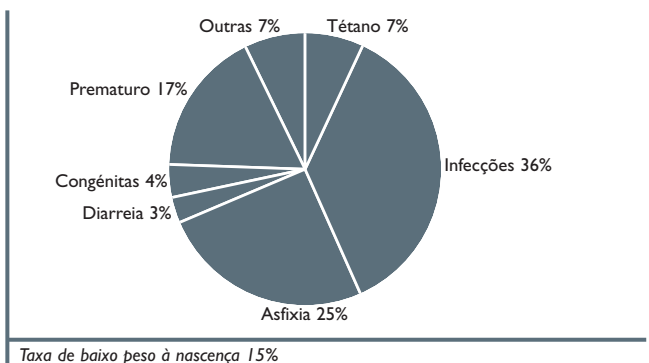
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	123
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	376 900
Décès postnatais annuels	257 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	32%

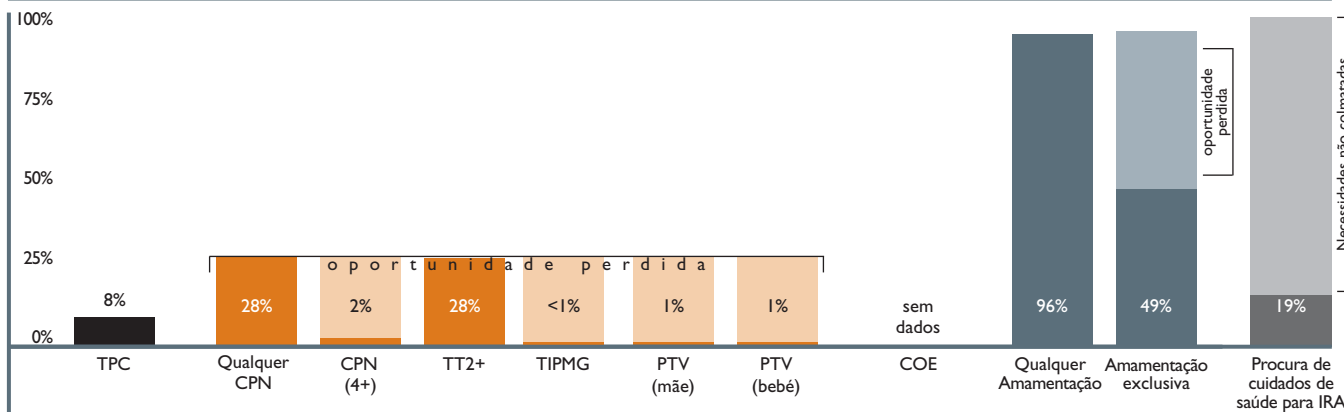
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,01
Distritos com AIDI	19%
Eliminação do tétano neonatal	Não

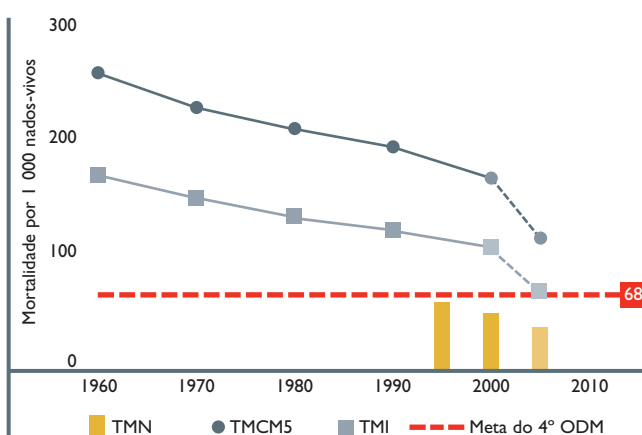
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



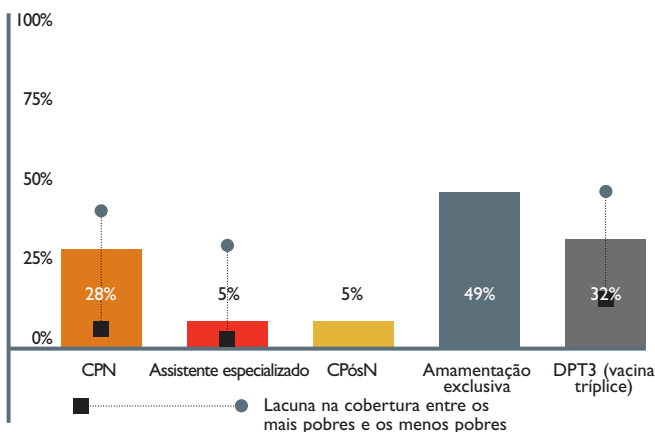
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 85 600
Intervalo da redução da TMN	45-74%

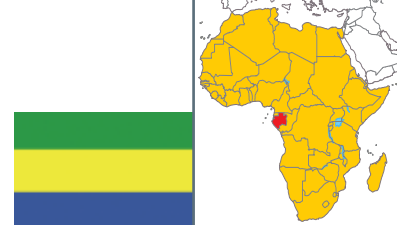
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 110
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 3
Despesas governamentais com a saúde	10%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	33%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Sim

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Gabão



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	1 362 000
Partos por ano	42 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	420
Mortes maternas por ano	200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	19
Nados-mortos por ano	800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	31
Mortes neonatais por ano	1 300
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	20%

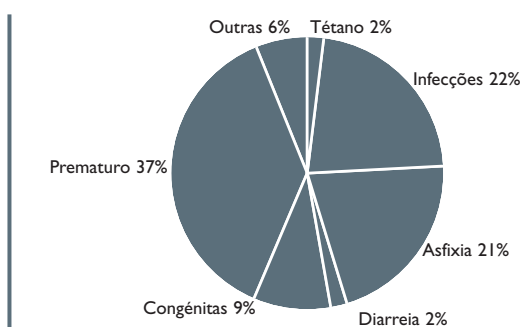
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	91
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	3 800
Décès postnatais anuais	2 500
TMN dos menores de 5 anos, em %	34%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

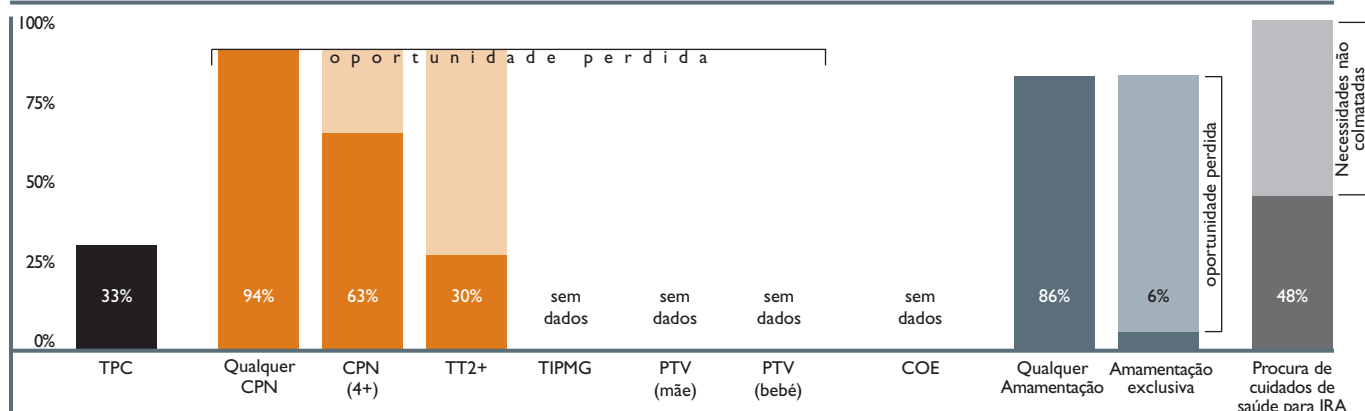
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	1
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	89%
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	8%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



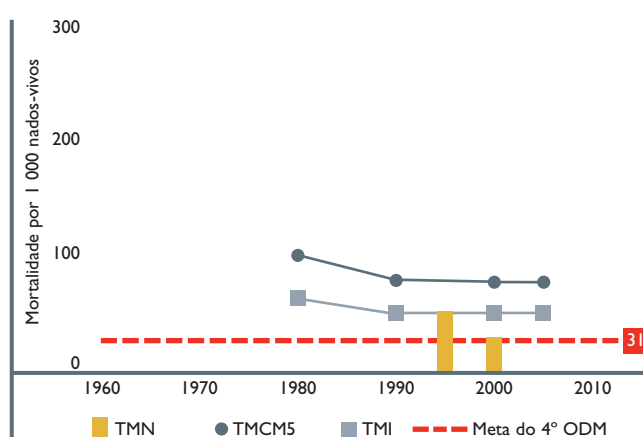
Taxa de baixo peso à nascença 14%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



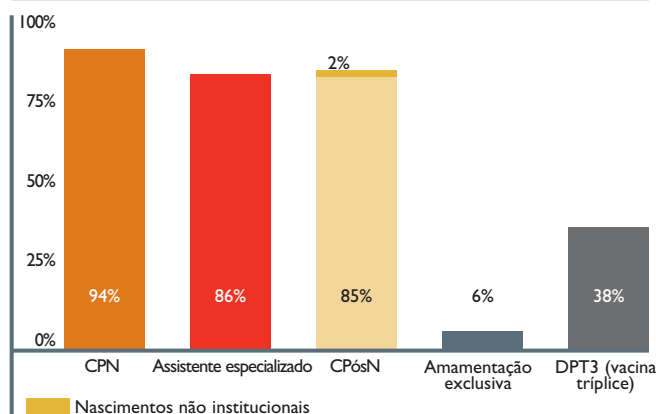
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 500
Intervalo da redução da TMN	20-43%

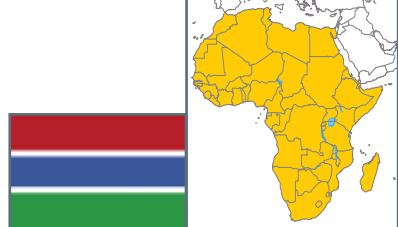
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 3 940
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 130
Despesas governamentais com a saúde	13%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	33%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Gâmbia



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	1 478 000
Partos por ano	52 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	540
Mortes maternas por ano	300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	27
Nados-mortos por ano	1 500
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	46
Mortes neonatais por ano	2 400
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

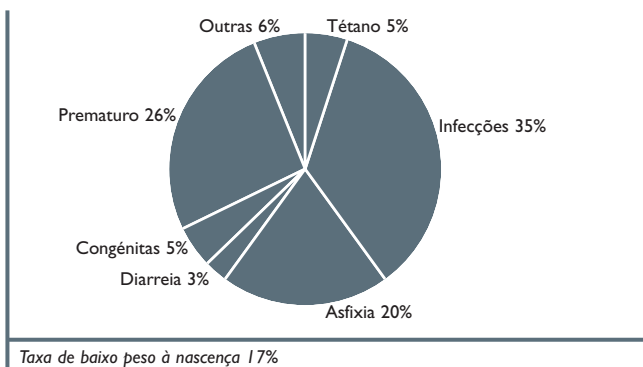
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	122
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	6 300
Décès postnatais annuels	3 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	38%

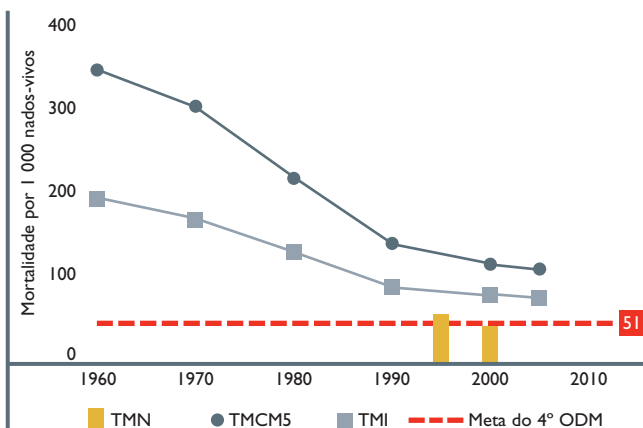
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	6
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	32%
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,11
Distritos com AIDI	100%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



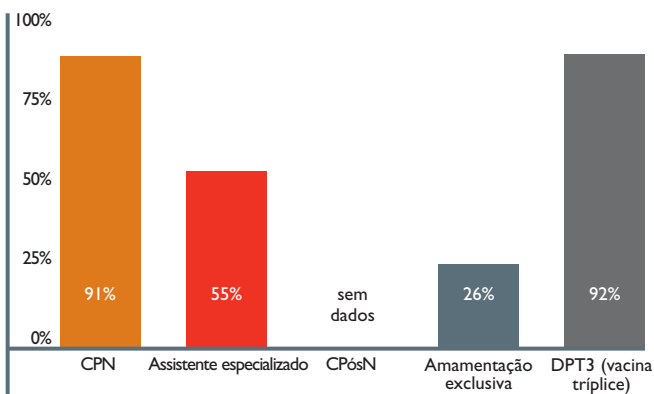
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 1 600
Intervalo da redução da TMN	36-68%

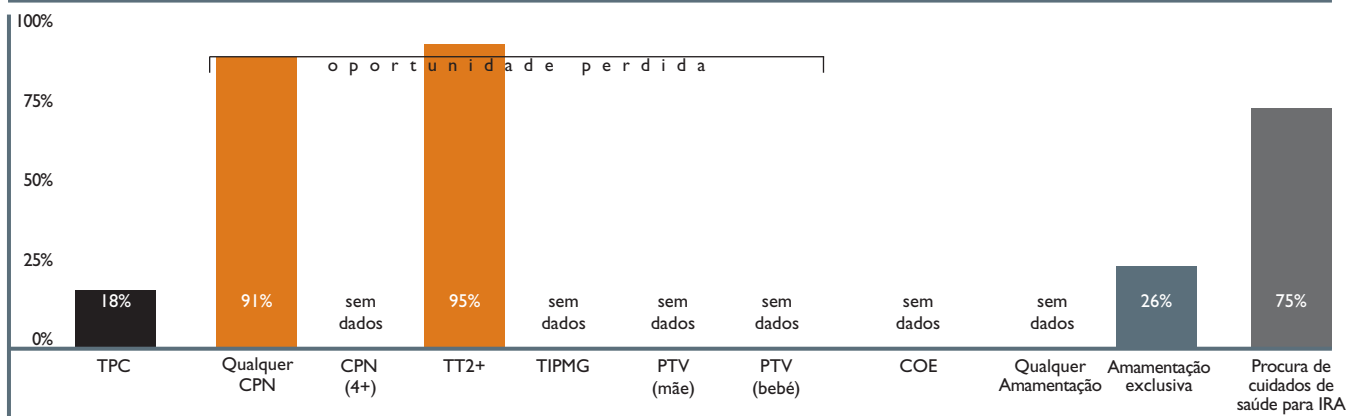
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 290
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 8
Despesas governamentais com a saúde	14%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	40%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

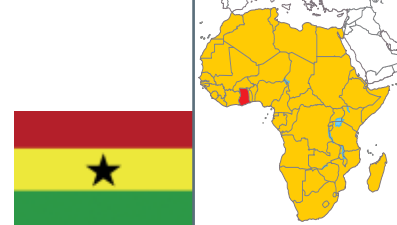


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Gana



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	21 664 000
Partos por ano	679 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	540
Mortes maternas por ano	3 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	24
Nados-mortos por ano	16 300
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	43
Mortes neonatais por ano	29 200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

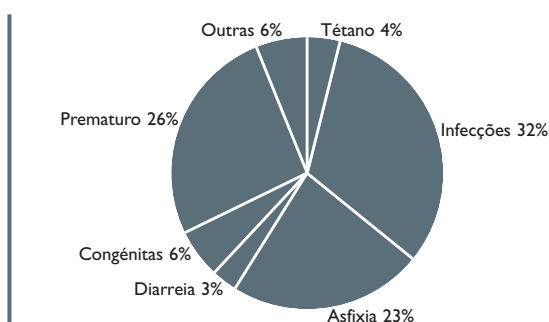
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	111
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	75 400
Décès postnatais annuels	46 200
TMN dos menores de 5 anos, em %	39%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

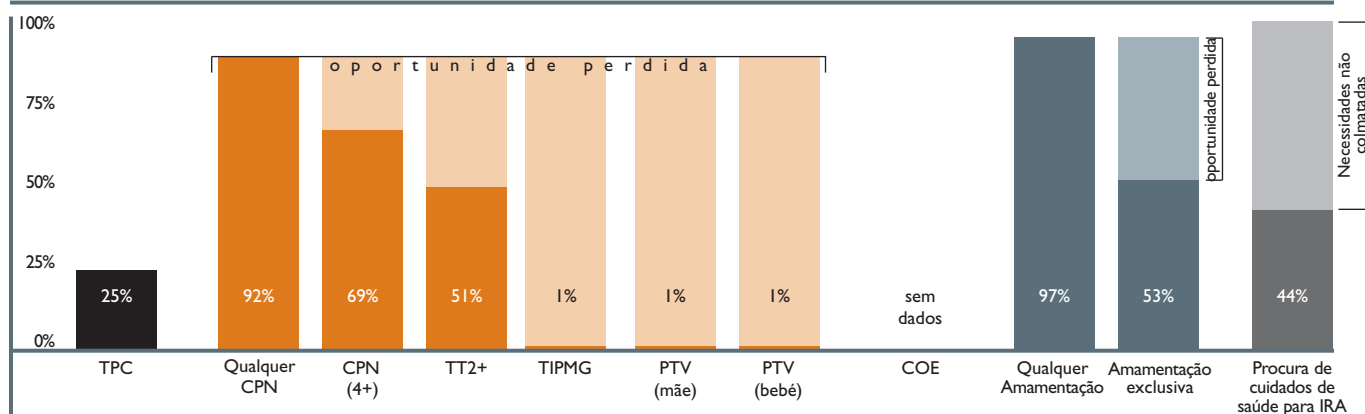
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	3
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	21%
Número de hospitais amigos dos bebês	19
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	30%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



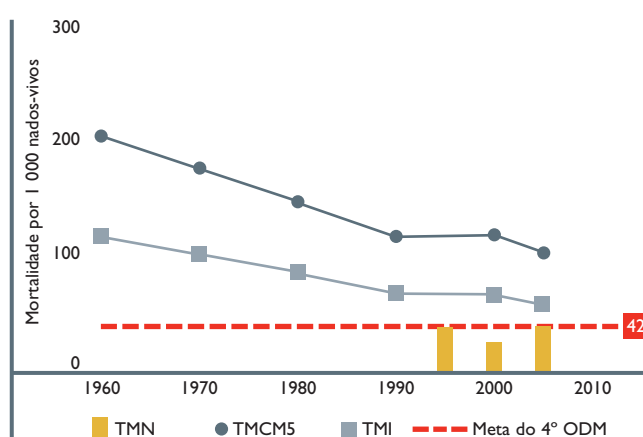
Taxa de baixo peso à nascença 16%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



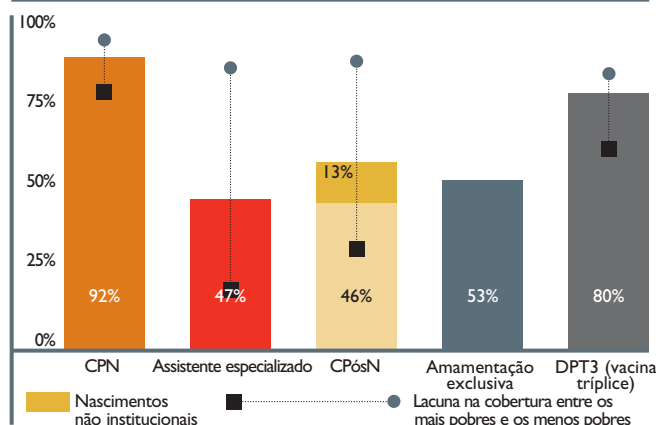
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 19 400
Intervalo da redução da TMN	35-66%

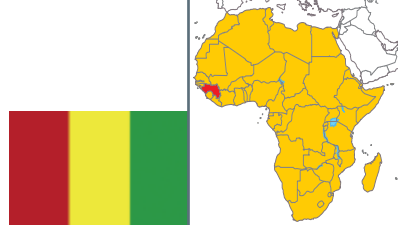
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 380
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	5%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	68%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Guiné



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	9 202 000
Partos por ano	383 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	980
Mortes maternas por ano	3 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	28
Nados-mortos por ano	11 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	39
Mortes neonatais por ano	15 000
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	58%

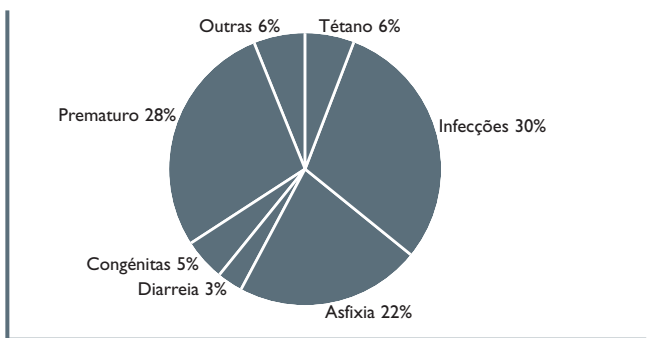
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	163
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	62 400
Décès postnatais annuels	47 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

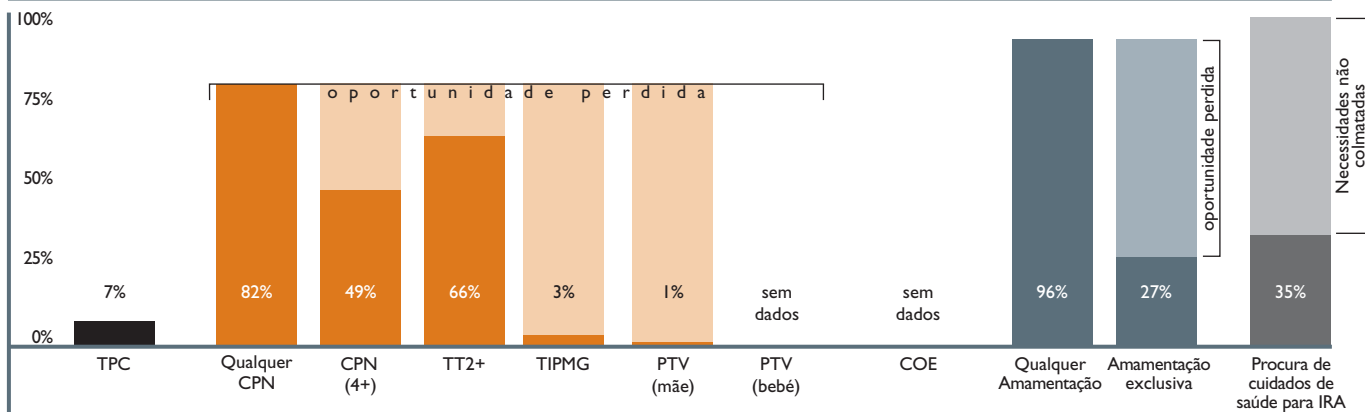
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	8
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	67%
Número de hospitais amigos dos bebês	3
Parteiras por 1 000 habitantes	0,01
Distritos com AIDI	6%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

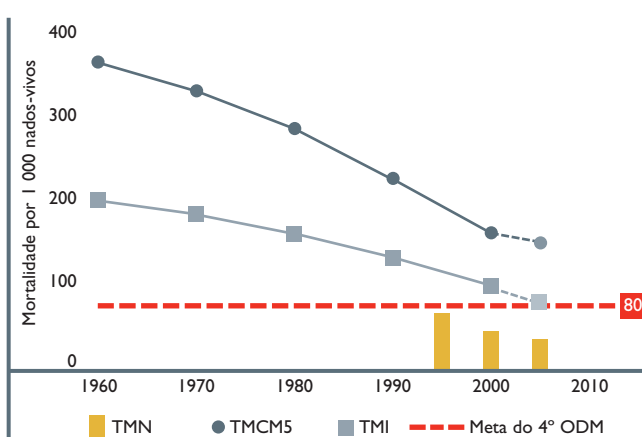


Taxa de baixo peso à nascença 16%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



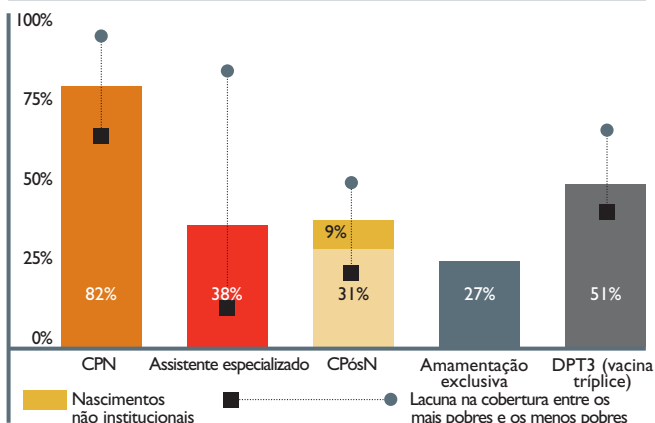
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 13 100
Intervalo da redução da TMN	40-70%

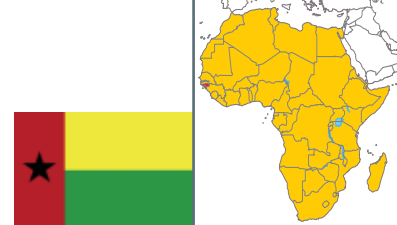
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 460
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	5%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	83%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Guiné-Bissau



V

NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	1 540 000
Partos por ano	77 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 100
Mortes maternas por ano	800

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	35
Nados-mortos por ano	2 800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	48
Mortes neonatais por ano	3 700
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

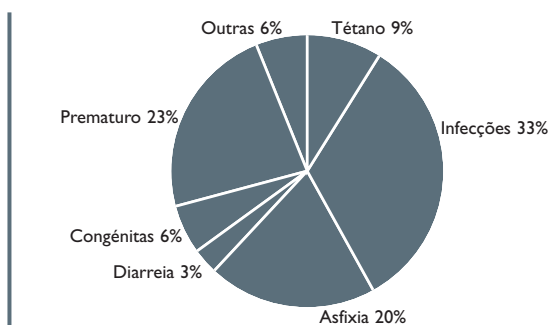
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	203
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	15 600
Décès postnatais anuais	11 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

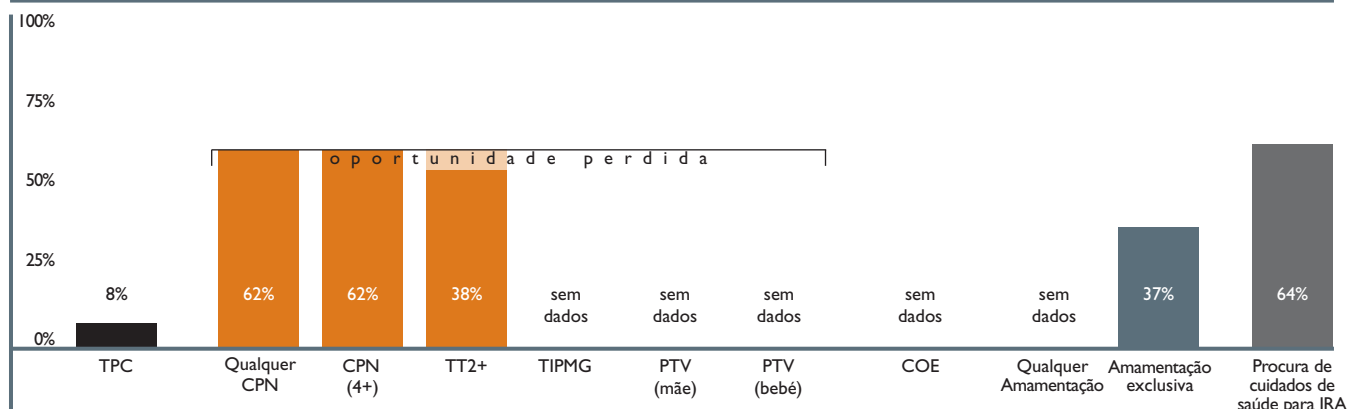
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	42%
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,02
Distritos com AIDI	4%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



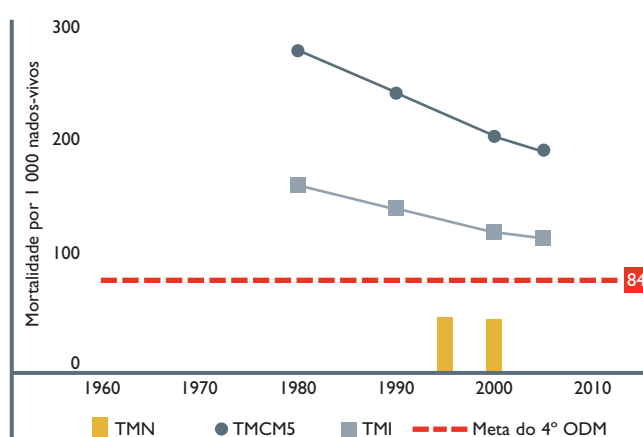
Taxa de baixo peso à nascença 22%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



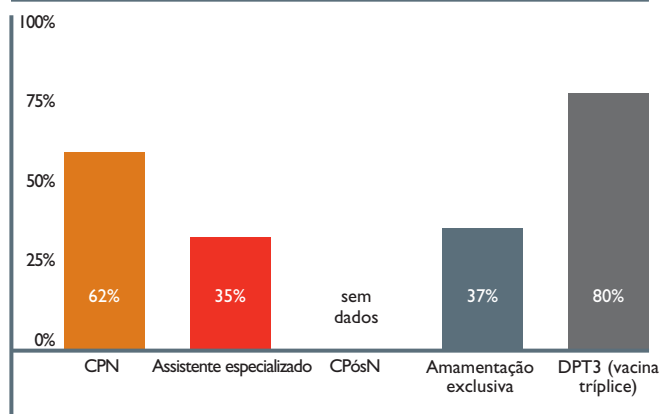
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 2 600
Intervalo da redução da TMN	37-68%

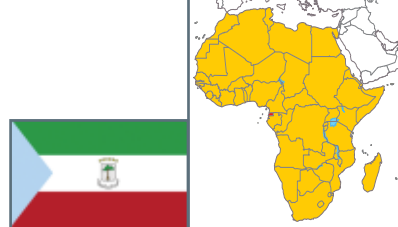
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 160
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	7%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	43%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Guiné Equatorial



NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	492 000
Partos por ano	21 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	880
Mortes maternas por ano	200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	26
Nados-mortos por ano	600
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	40
Mortes neonatais por ano	800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

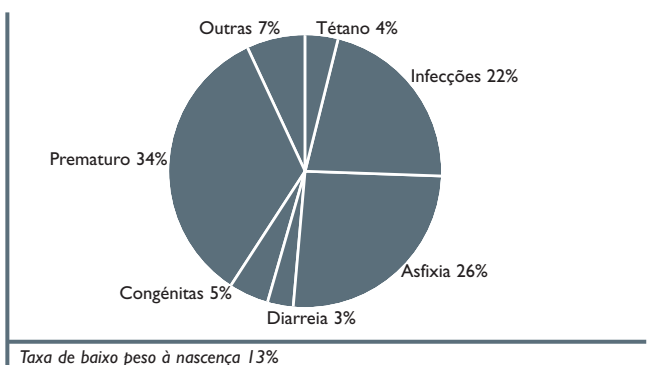
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	204
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	4 300
Décès postnatais anuais	3 500
TMN dos menores de 5 anos, em %	20%

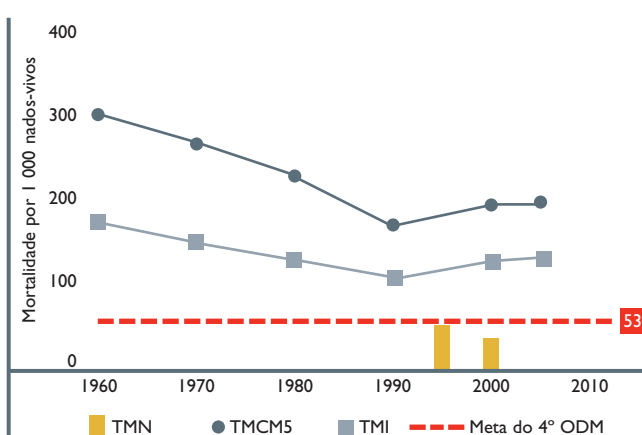
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	32%
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,08
Distritos com AIDI	22%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



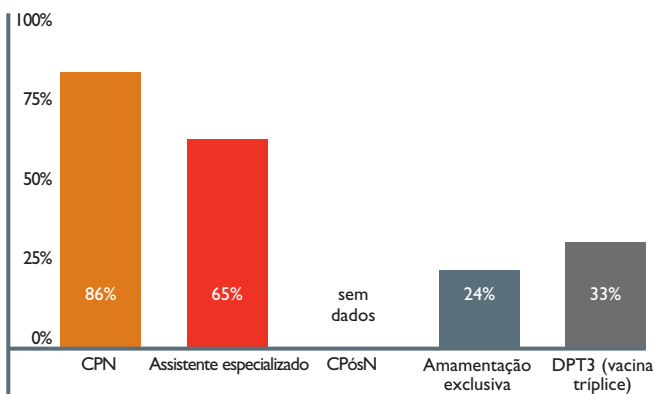
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 600
Intervalo da redução da TMN	41-72%

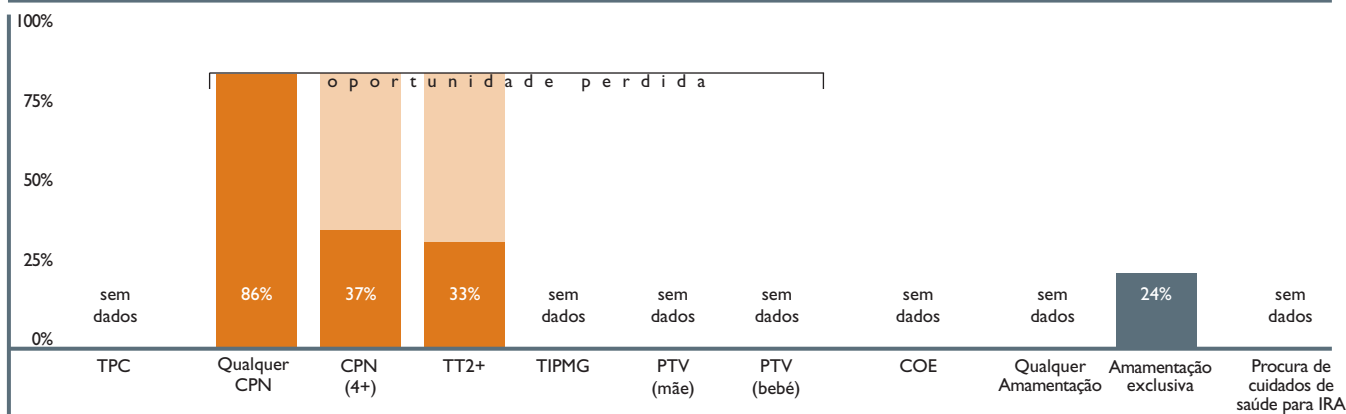
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	-
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 65
Despesas governamentais com a saúde	7%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	26%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

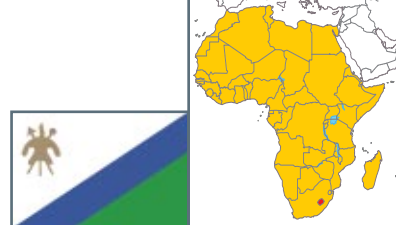
COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



OPORTUNIDADES PERDIDAS



Lesoto



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	1 798 000
Partos por ano	50 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	550
Mortes maternas por ano	300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	23
Nados-mortos por ano	1 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	46
Mortes neonatais por ano	2 300
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	104%

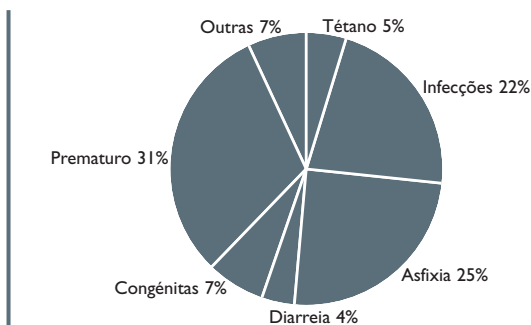
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	113
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	5 700
Décès postnatais anuais	3 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	41%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

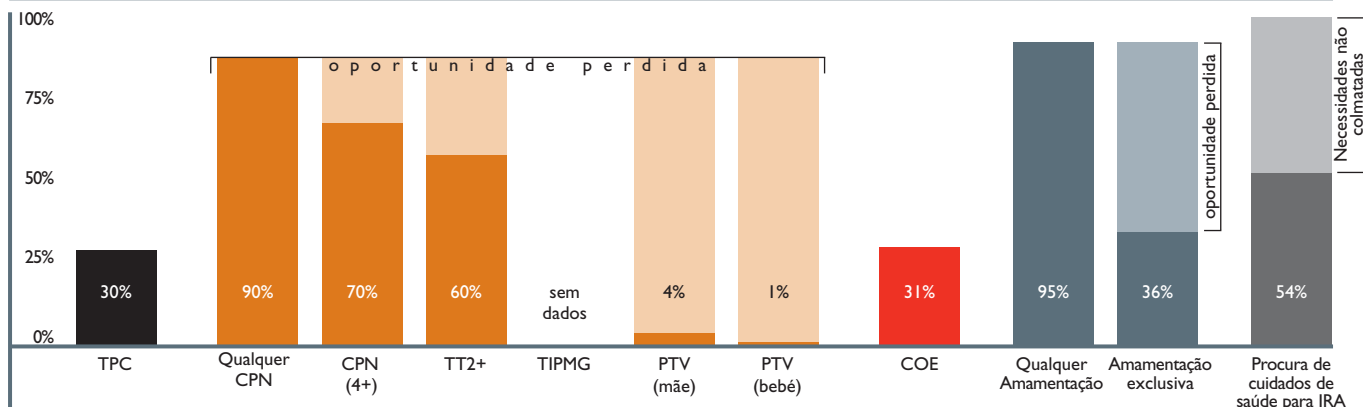
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	7, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	51%
Número de hospitais amigos dos bebês	7
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	60%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



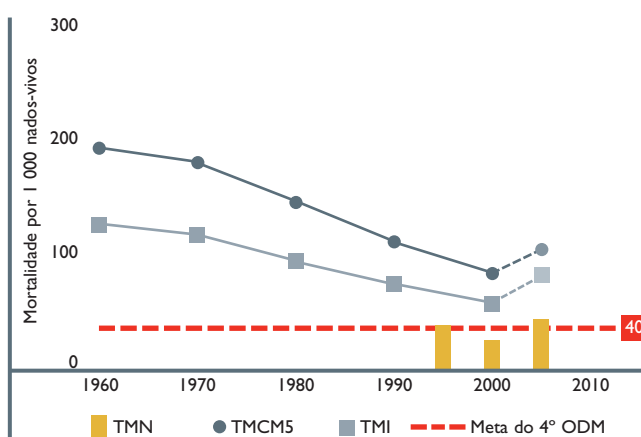
Taxa de baixo peso à nascença 14%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Voir page 226 pour les sources et notes de données.
Para este país, o TMM, U5MR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados.

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



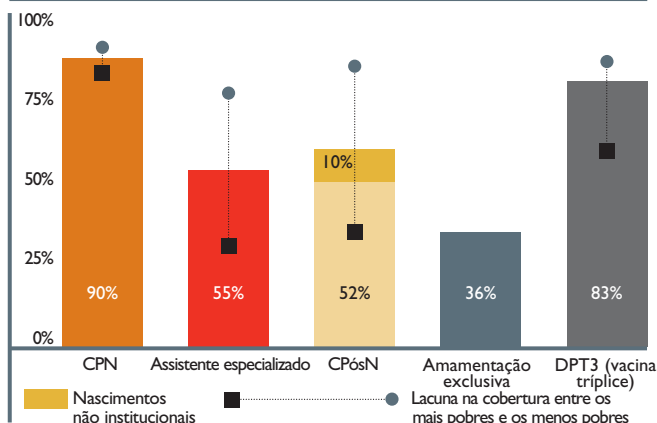
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 1 300
Intervalo da redução da TMN	29-59%

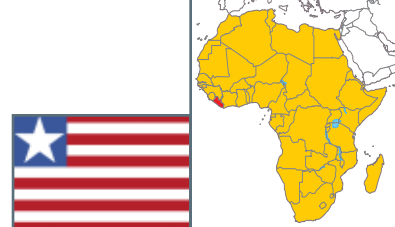
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 740
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 25
Despesas governamentais com a saúde	10%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	4%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Libéria



NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	3 241 000
Partos por ano	164 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	760
Mortes maternas por ano	1 200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	32
Nados-mortos por ano	5 400
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	66
Mortes neonatais por ano	10 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

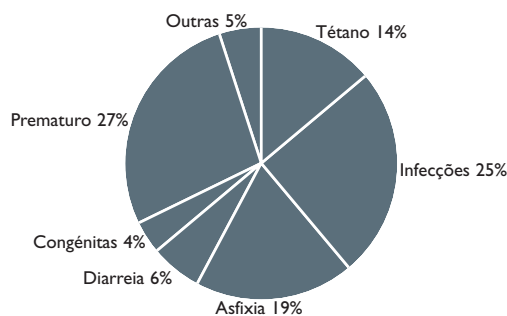
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	235
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	38 500
Décès postnatais annuels	27 700
TMN dos menores de 5 anos, em %	28%

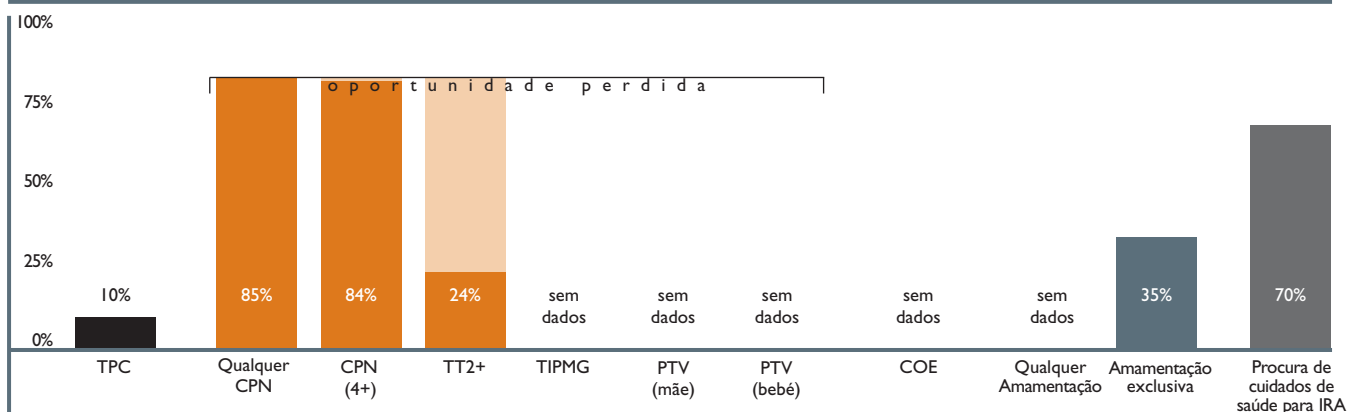
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	0,12
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

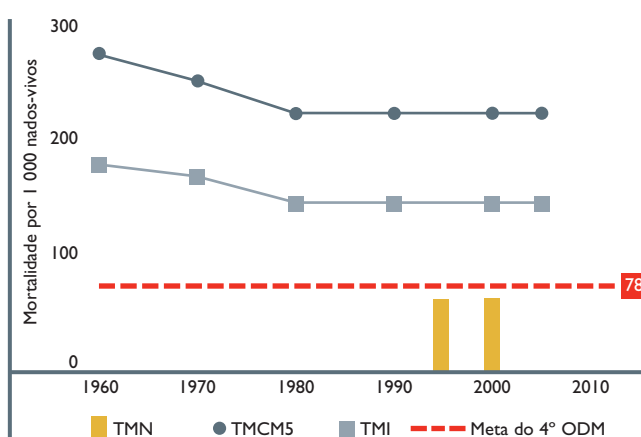
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



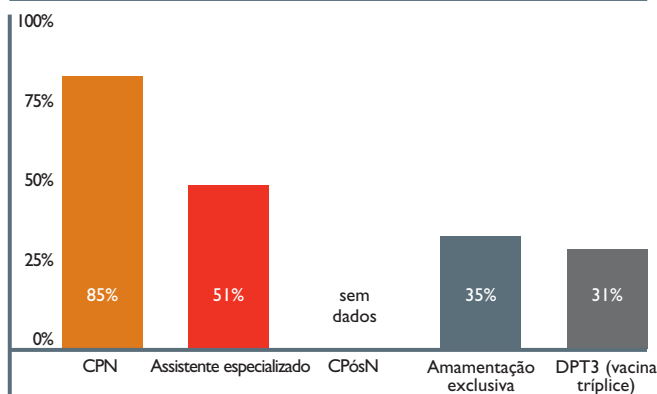
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 8 200
Intervalo da redução da TMN	44-73%

FINANCIAMENTO

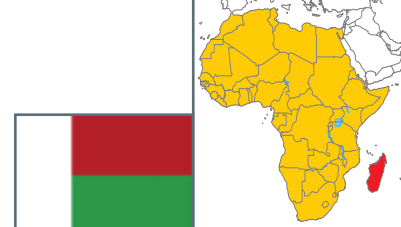
Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 110
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	18%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	43%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Madagáscar



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	18 113 000
Partos por ano	704 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	550
Mortes maternas por ano	3 900

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	29
Nados-mortos por ano	20 800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	32
Mortes neonatais por ano	22 500
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	127%

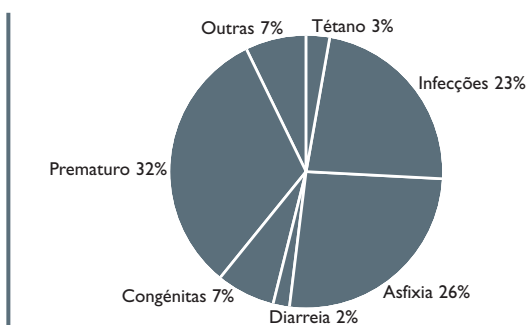
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	123
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	86 600
Décès postnatais annuels	64 100
TMN dos menores de 5 anos, em %	26%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

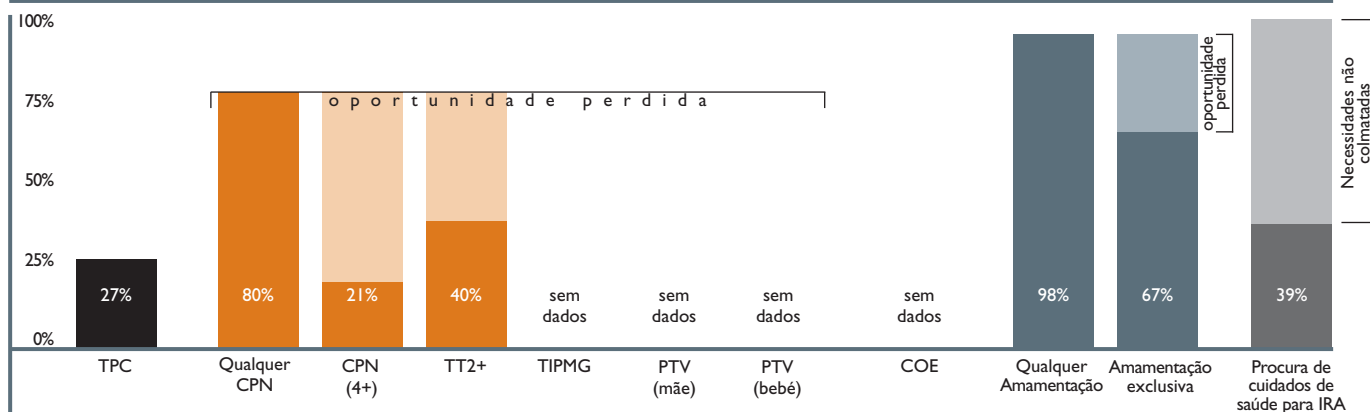
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	6
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	75%
Número de hospitais amigos dos bebês	53
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	79%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



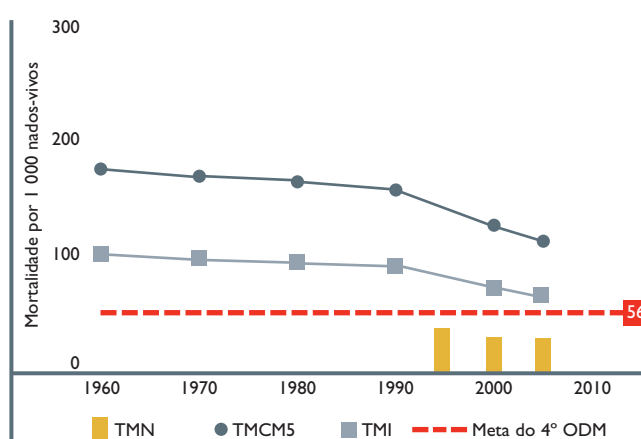
Taxa de baixo peso à nascença 17%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



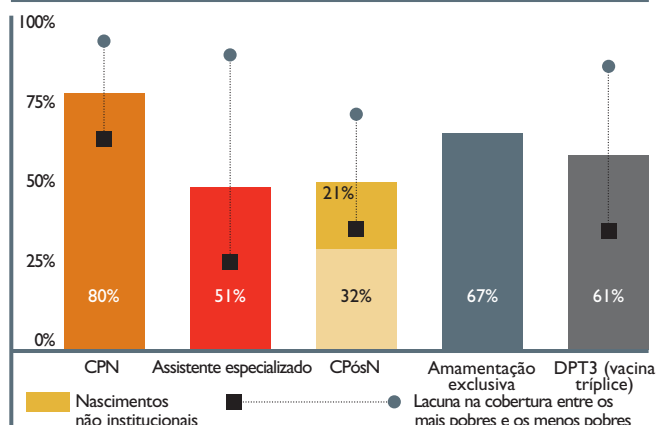
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 15 200
Intervalo da redução da TMN	36-66%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 300
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	34%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Não

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Malawi



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	12 608 000
Partos por ano	550 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	984
Mortes maternas por ano	5 400

BEBÊS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	39
Nados-mortos por ano	22 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	31
Mortes neonatais por ano	17 000
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	24%

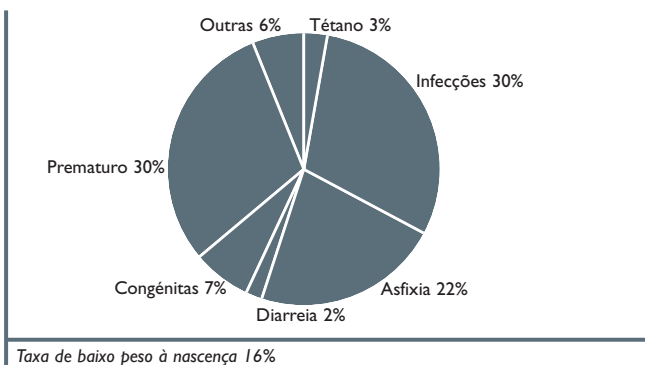
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	118
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	64 900
Décès postnatais annuels	47 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	26%

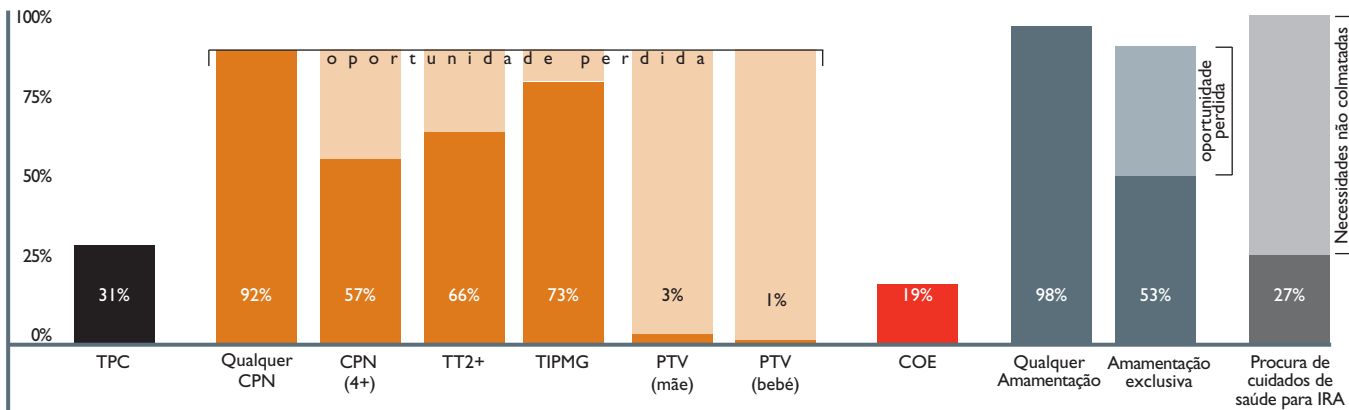
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	5
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	7
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	64%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

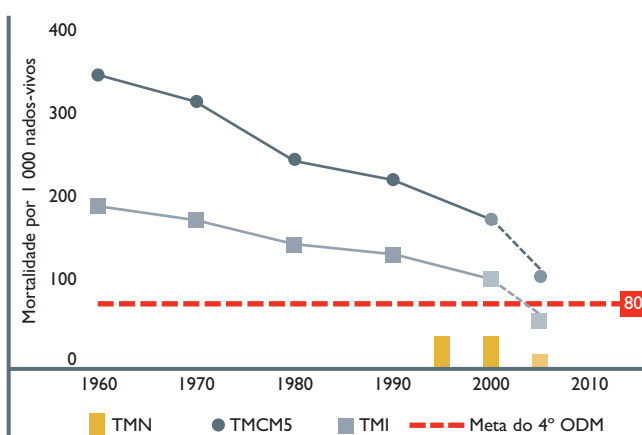
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



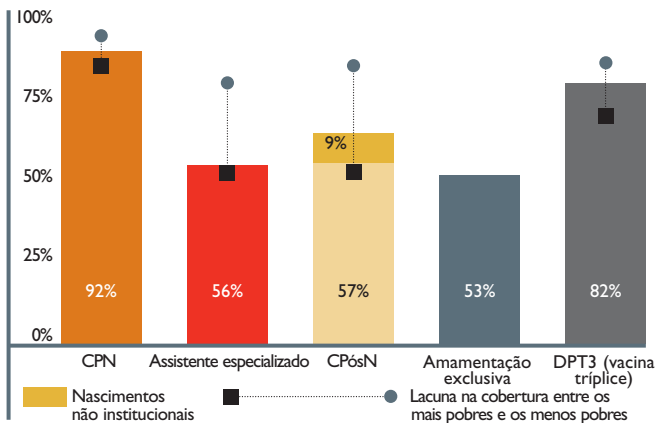
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 10 000
Intervalo da redução da TMN	29-59%

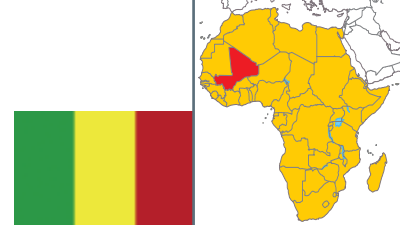
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 170
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	28%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Parcial

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Mali



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	11 987 400
Partos por ano	599 400

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	582
Mortes maternas por ano	3 500

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	24
Nados-mortos por ano	14 400
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	46
Mortes neonatais por ano	27 600
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	34%

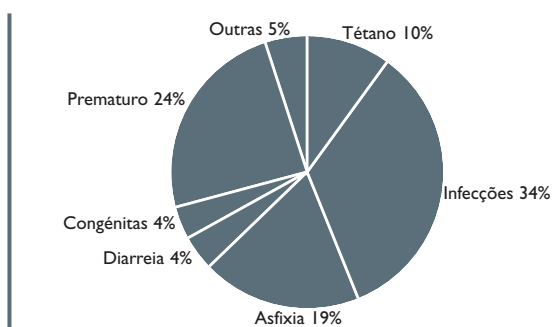
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	191
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	114 500
Décès postnatais annuels	86 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

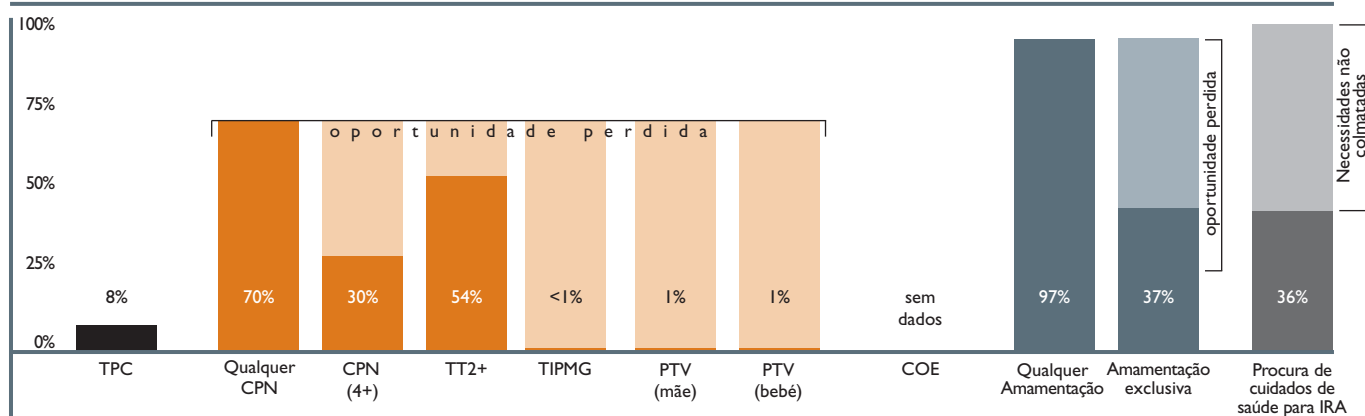
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	10
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	48%
Número de hospitais amigos dos bebês	24
Parteiras por 1 000 habitantes	0,07
Distritos com AIDI	14%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



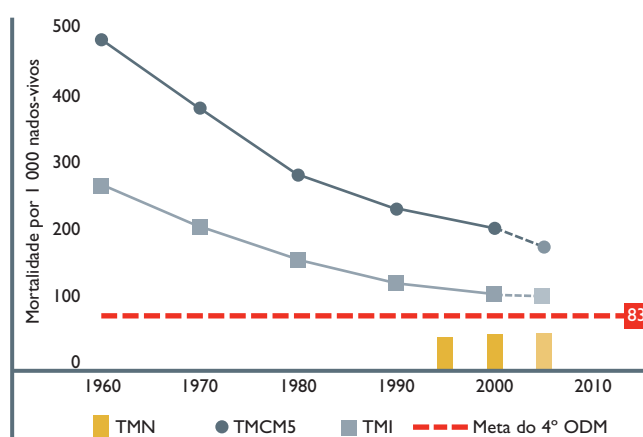
Taxa de baixo peso à nascença 23%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados. Para este país, o TMM, U5MR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados. Este perfil foi actualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes.

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



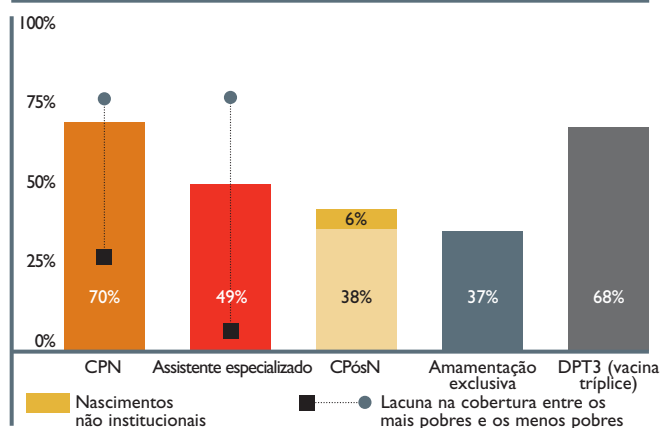
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 27 600
Intervalo da redução da TMN	41-72%

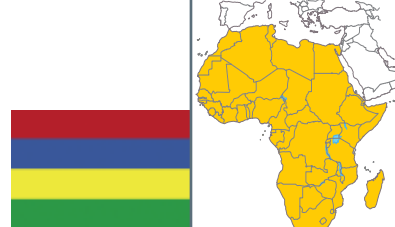
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 360
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 9
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	38%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Maurícias



NASCIMENTOS, MORTES E INEQUIDADES

População total	1 233 000
Partos por ano	20 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	24
Mortes maternas por ano	-

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	11
Nados-mortos por ano	200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	12
Mortes neonatais por ano	200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

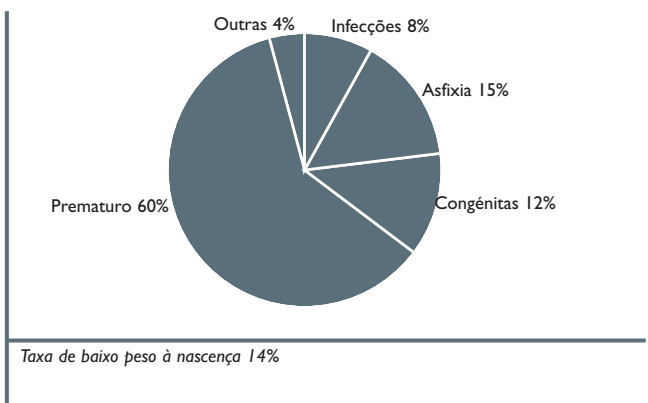
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	15
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	300
Décès postnatais annuels	100
TMN dos menores de 5 anos, em %	78%

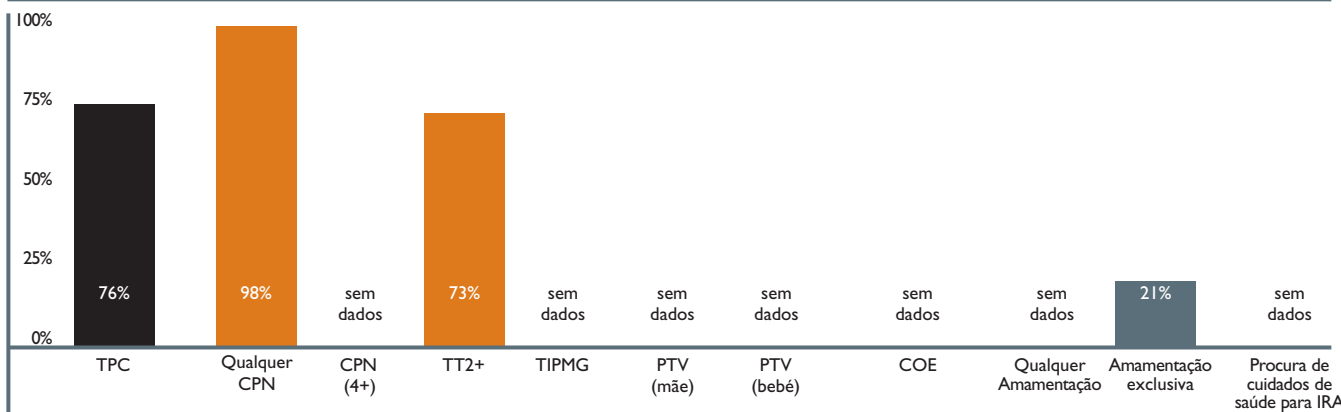
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	6
Parteiras por 1 000 habitantes	0,04
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

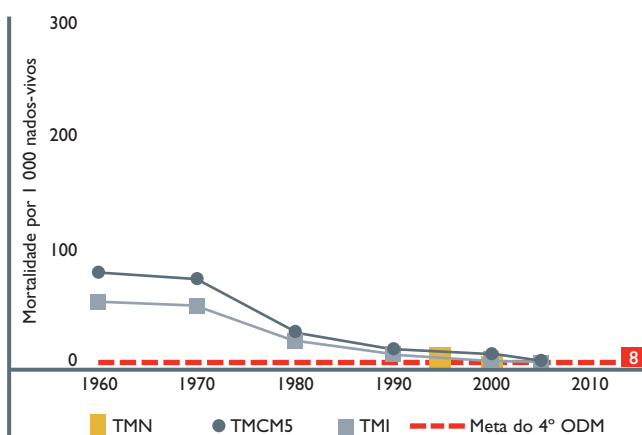
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



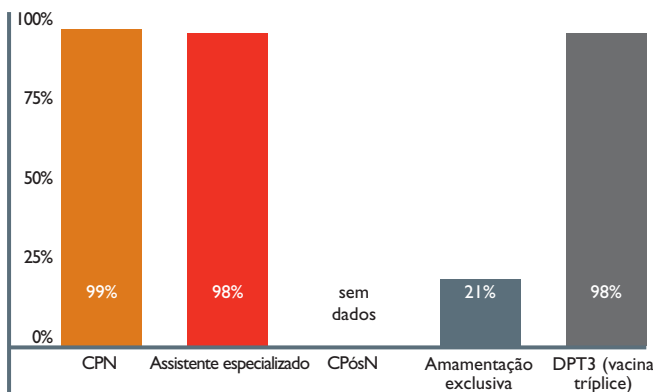
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	-
Intervalo da redução da TMN	-

FINANCIAMENTO

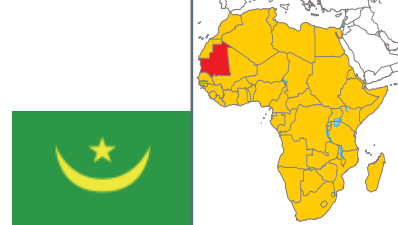
Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 4 640
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 105
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	39%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Mauritânia



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	2 980 000
Partos por ano	123 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 000
Mortes maternas por ano	1 200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	30
Nados-mortos por ano	3 800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	40
Mortes neonatais por ano	4 900
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

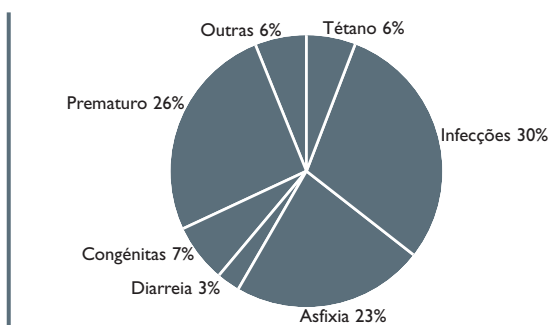
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	125
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	15 100
Décès postnatais anuais	10 200
TMN dos menores de 5 anos, em %	33%

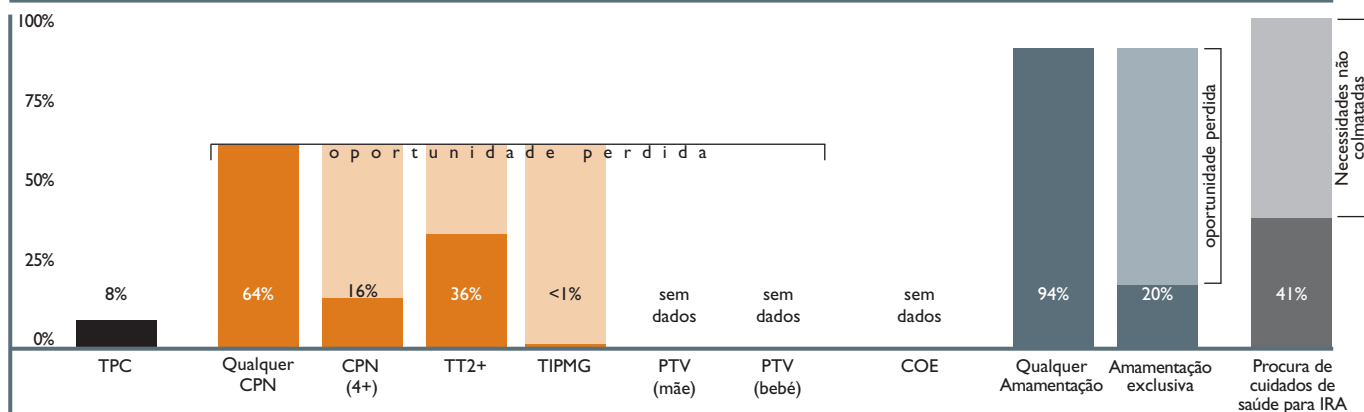
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	I
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	55%
Número de hospitais amigos dos bebês	I
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	4%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

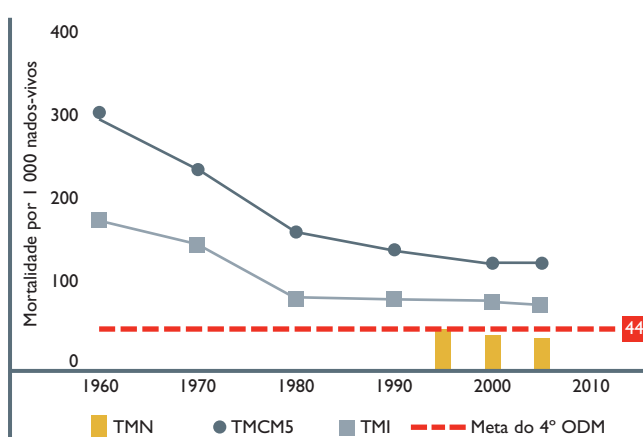


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



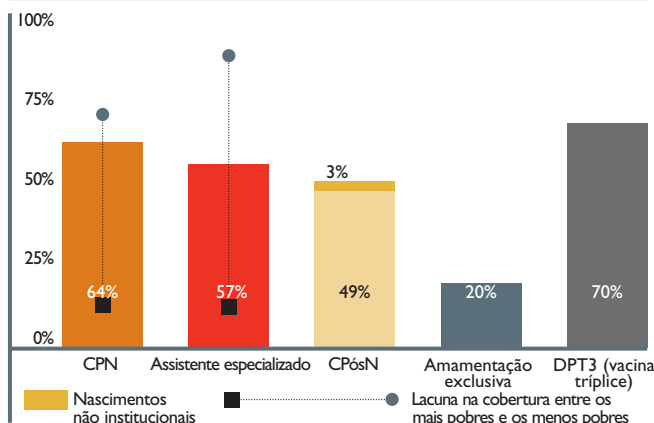
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 3 400
Intervalo da redução da TMN	38-68%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 420
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 13
Despesas governamentais com a saúde	14%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	23%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Moçambique



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	19 424 000
Partos por ano	769 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 000
Mortes maternas por ano	7 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	32
Nados-mortos por ano	25 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	37
Mortes neonatais por ano	28 500
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	103%

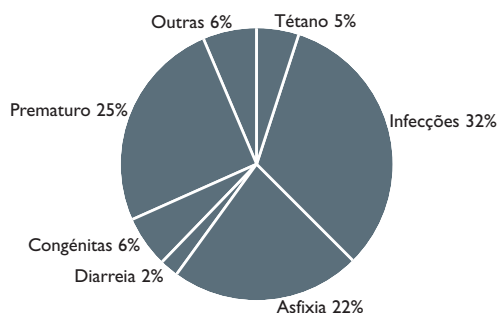
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	152
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	116 900
Décès postnatais annuels	88 400
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

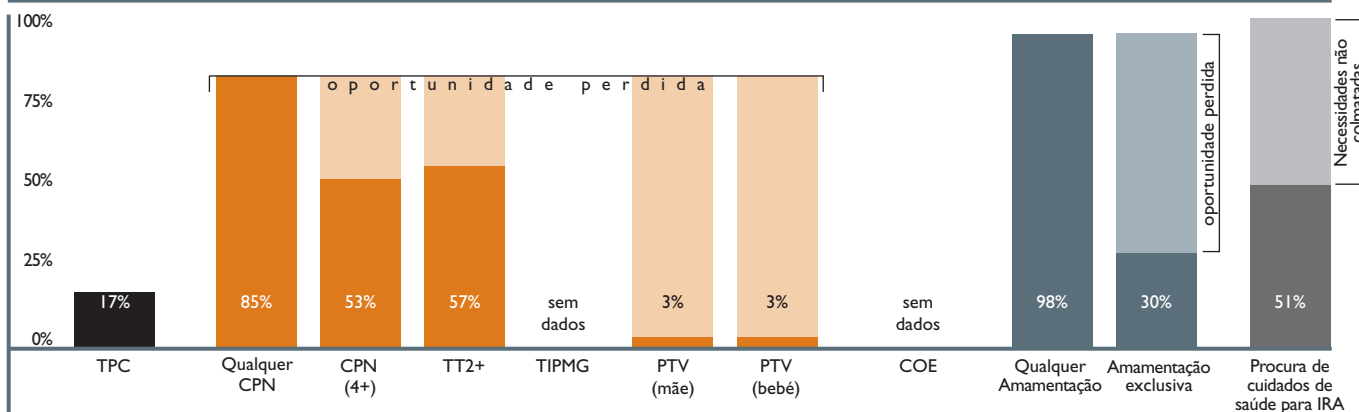
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	1
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,12
Distritos com AIDI	21%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

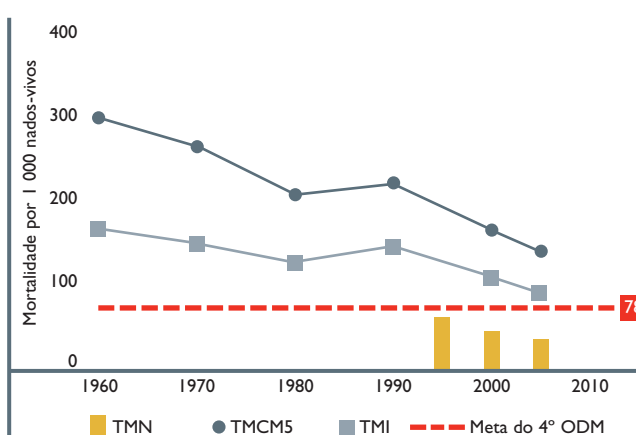


Taxa de baixo peso à nascença 15%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



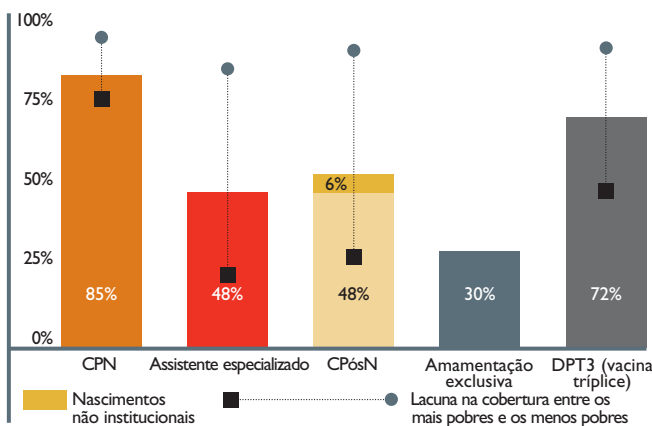
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 19 100
Intervalo da redução da TMN	35-67%

FINANCIAMENTO

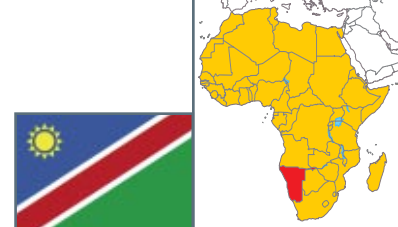
Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 250
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 7
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	15%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Namíbia



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	2 009 000
Partos por ano	56 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	300
Mortes maternas por ano	200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	19
Nados-mortos por ano	1 100
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	25
Mortes neonatais por ano	1 400
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

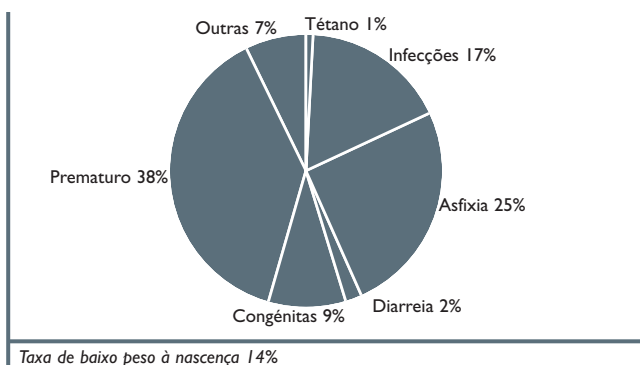
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	63
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	3 500
Décès postnatais anuais	2 100
TMN dos menores de 5 anos, em %	40%

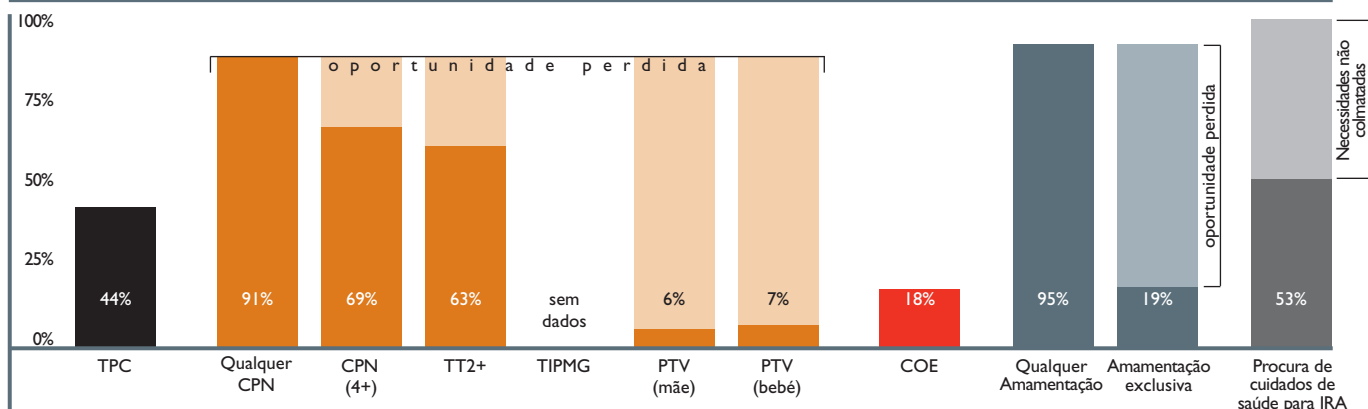
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	71%
Número de hospitais amigos dos bebês	35
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	16%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

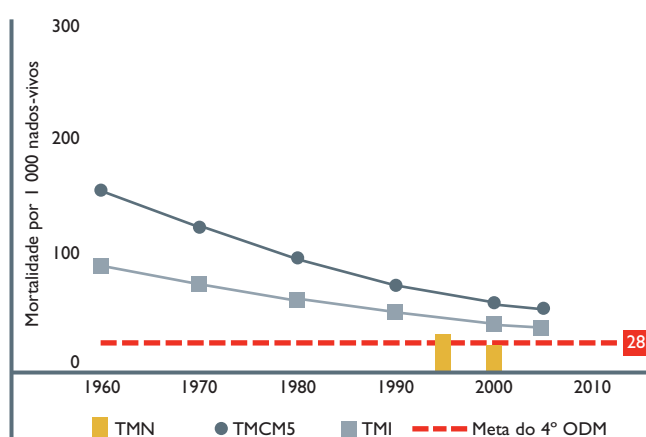


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



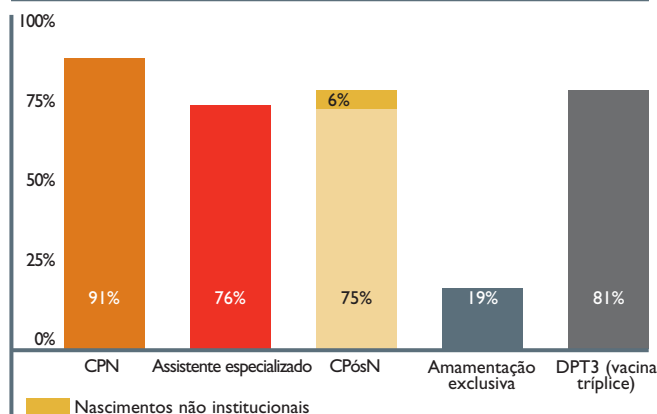
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 600
Intervalo da redução da TMN	20-46%

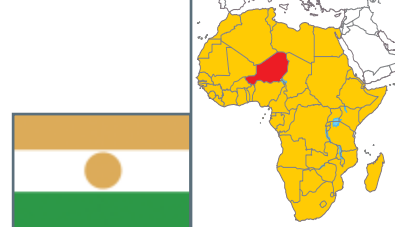
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 2 370
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 101
Despesas governamentais com a saúde	12%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	6%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Níger



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	13 499 000
Partos por ano	734 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	648
Mortes maternas por ano	4 800

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	38
Nados-mortos por ano	29 200
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	33
Mortes neonatais por ano	24 200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	43%

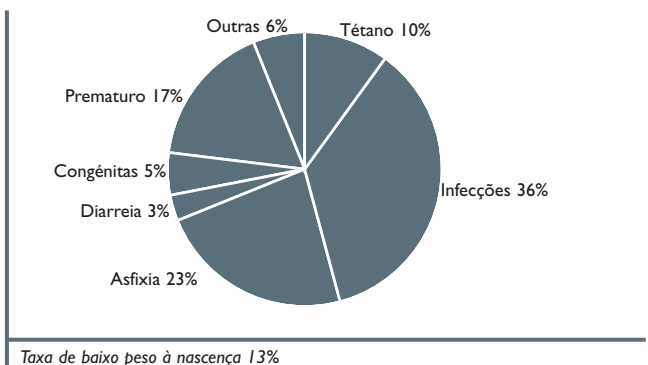
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	198
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	145 300
Décès postnatais annuels	121 100
TMN dos menores de 5 anos, em %	17%

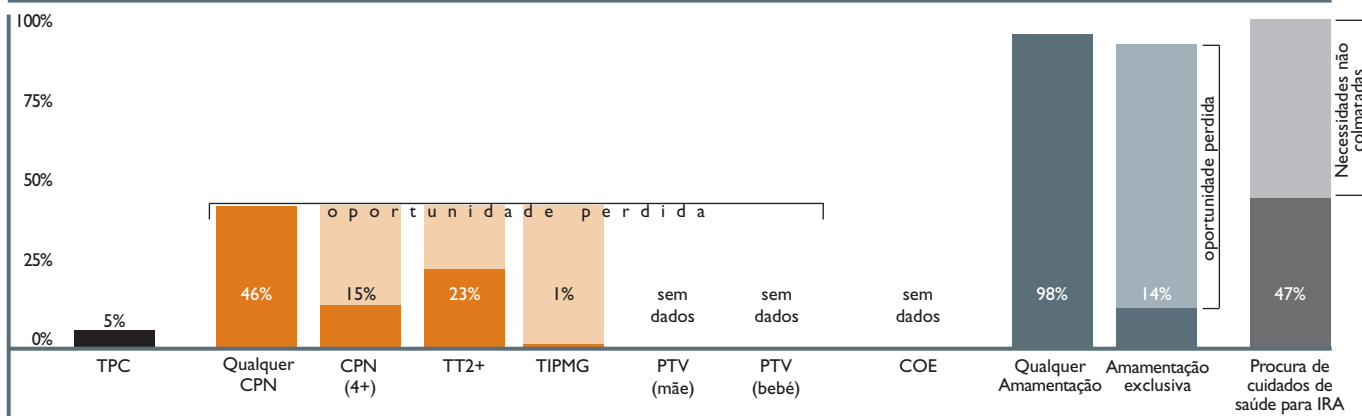
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	46%
Número de hospitais amigos dos bebês	20
Parteiras por 1 000 habitantes	<0,01
Distritos com AIDI	40%
Eliminação do tétano neonatal	Não

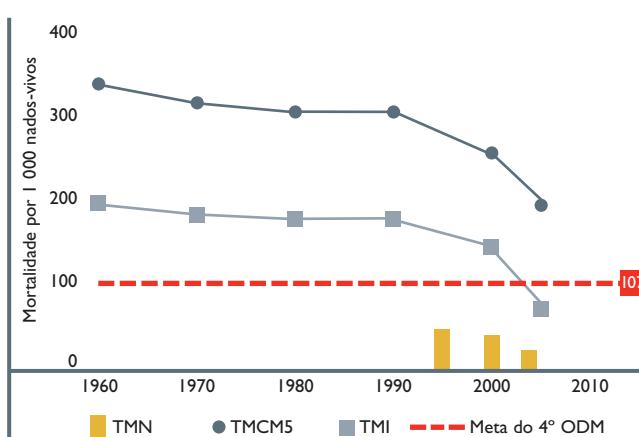
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



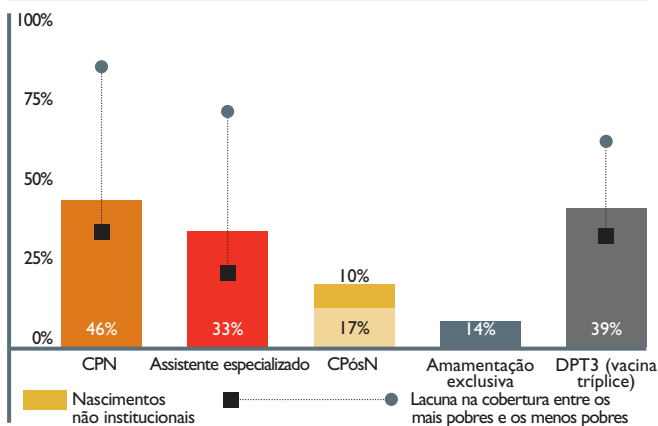
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 18 100
Intervalo da redução da TMN	46-75%

FINANCIAMENTO

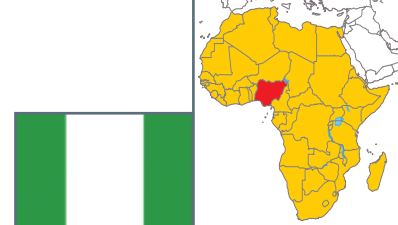
Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 230
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	12%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	42%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados. Para este país, o TMM, USMR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados. Este perfil foi actualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes.

Nigéria



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	128 709 000
Partos por ano	5 323 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	800
Mortes maternas por ano	42 600

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	30
Nados-mortos por ano	163 400
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	48
Mortes neonatais por ano	255 500
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	157%

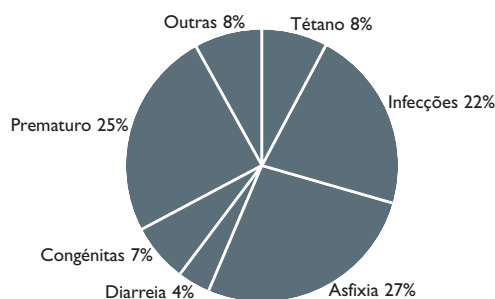
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	197
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	1 048 600
Décès postnatais annuels	793 100
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

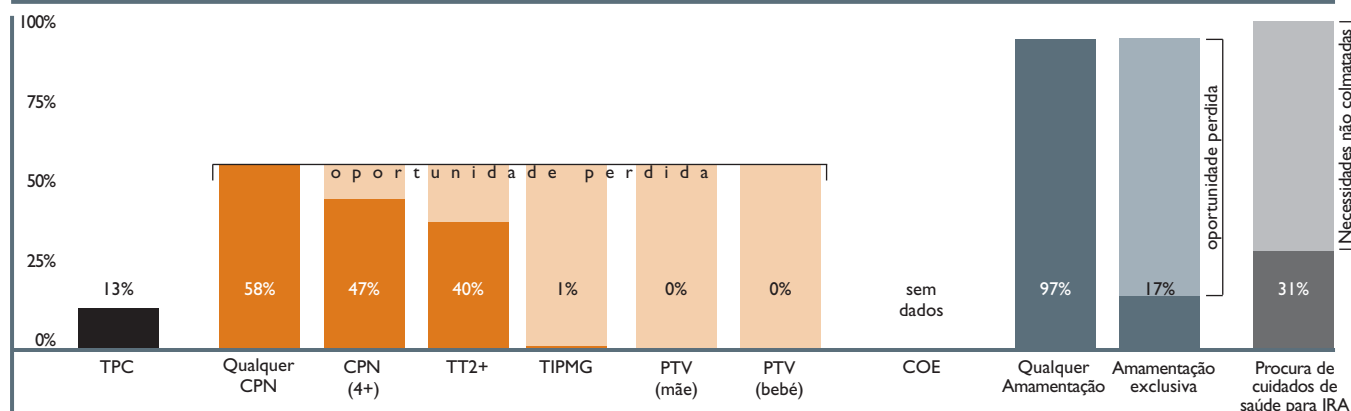
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	em curso
Cobertura dos registos de nascimento	30%
Número de hospitais amigos dos bebês	1 147
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	1%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



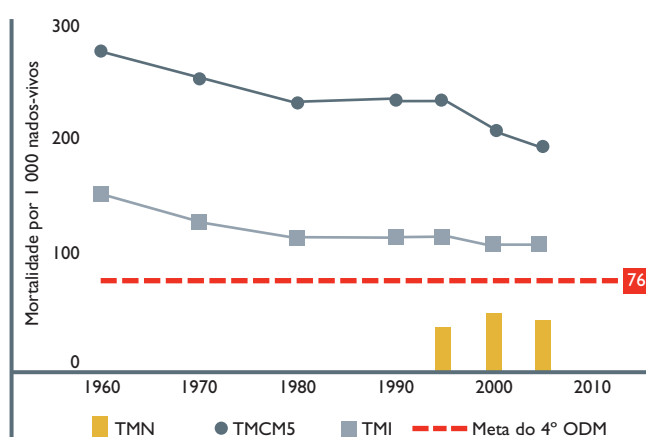
Taxa de baixo peso à nascença 14%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



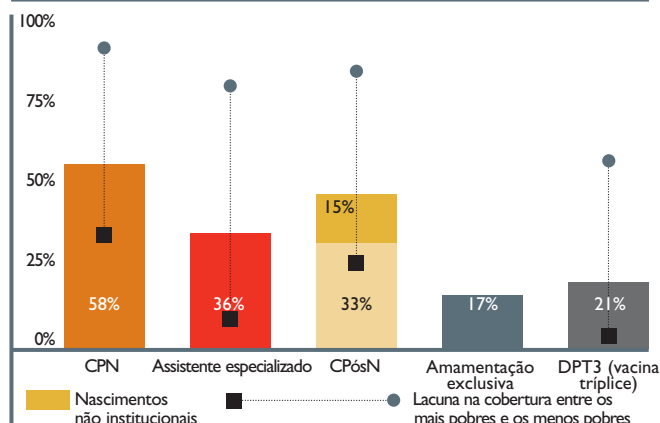
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 177 600
Intervalo da redução da TMN	39-68%

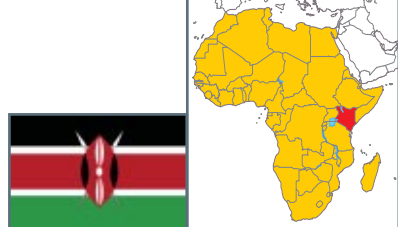
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 390
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 6
Despesas governamentais com a saúde	3%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	68%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Quênia



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	33 467 000
Partos por ano	1 322 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	1 000
Mortes maternas por ano	13 200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	45
Nados-mortos por ano	61 400
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	33
Mortes neonatais por ano	43 600
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	32%

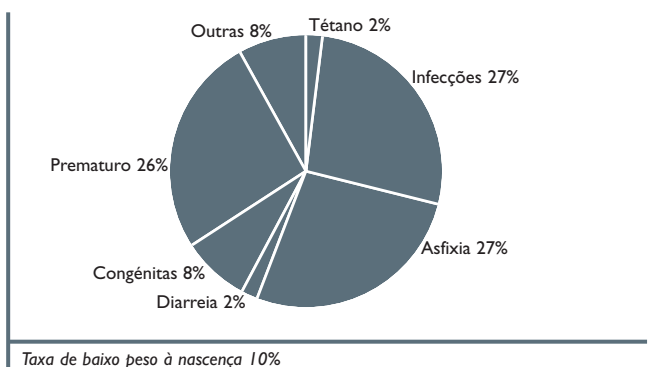
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	120
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	158 600
Décès postnatais annuels	115 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	28%

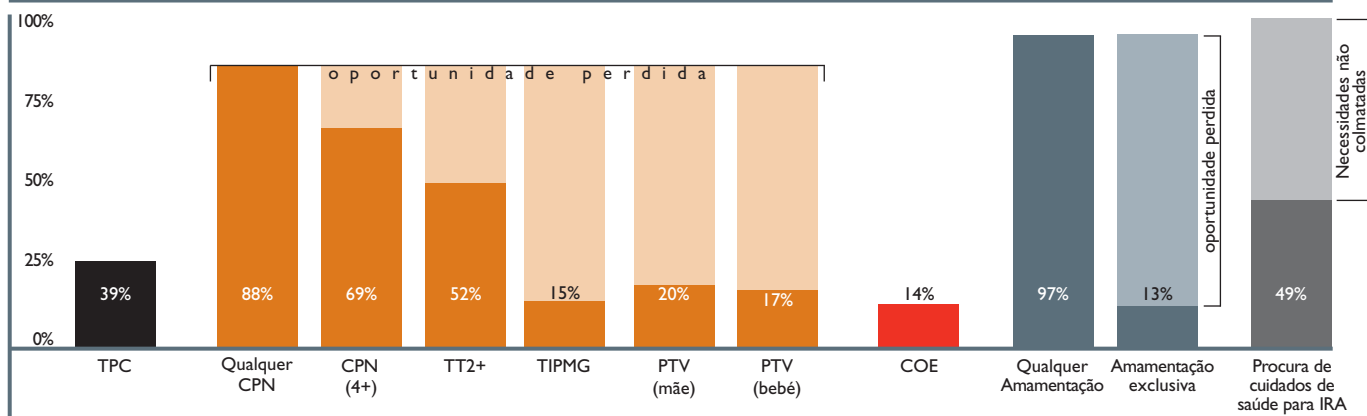
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	5
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	48%
Número de hospitais amigos dos bebês	232
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	22%
Eliminação do tétano neonatal	Não

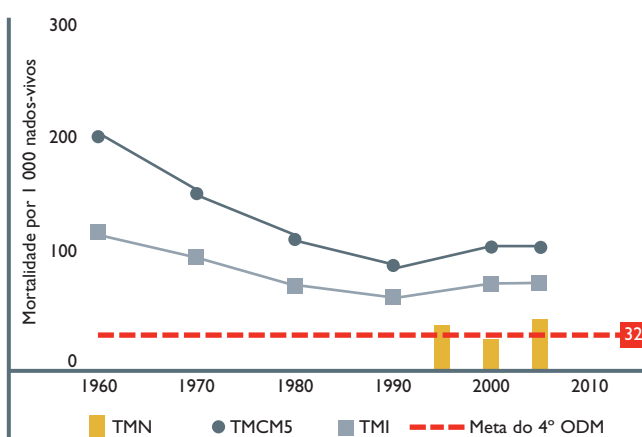
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



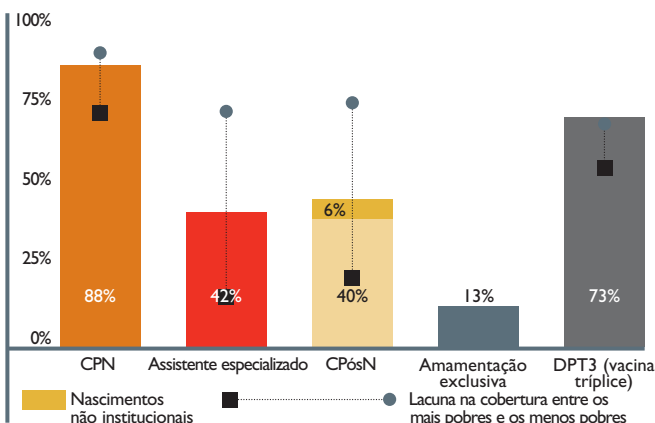
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 29 800
Intervalo da redução da TMN	34-65%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 460
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 8
Despesas governamentais com a saúde	7%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	51%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Ruanda



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	8 882 000
Partos por ano	365 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	750
Mortes maternas por ano	2 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	30
Nados-mortos por ano	11 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	37
Mortes neonatais por ano	13 500
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	55%

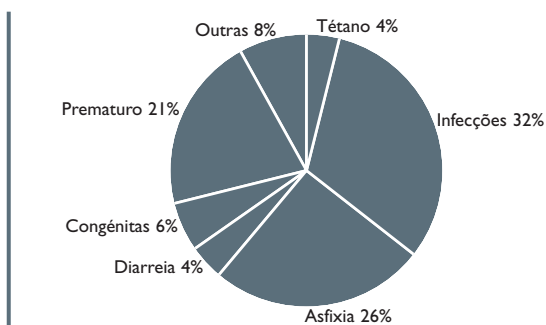
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	152
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	55 500
Décès postnatais annuels	42 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

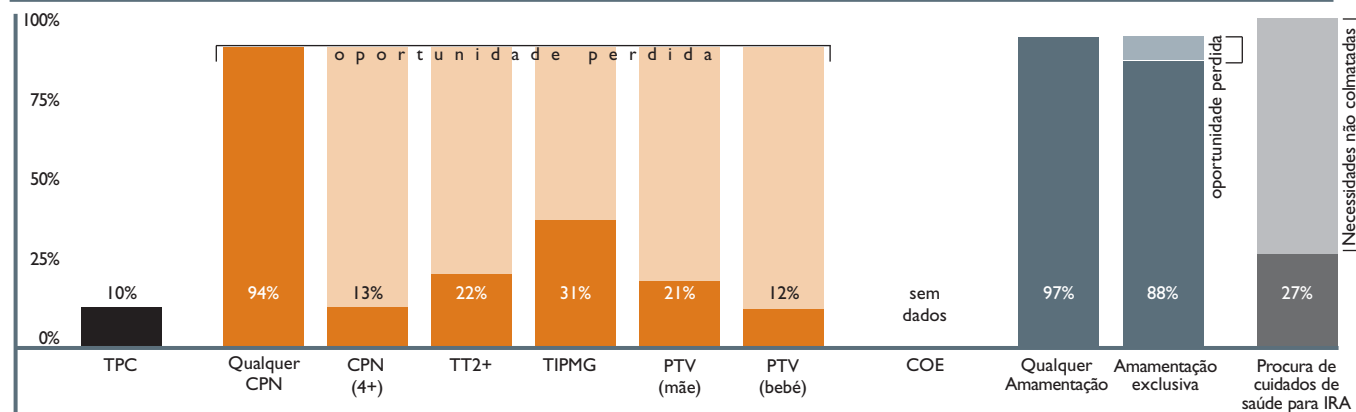
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	65%
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	0,01
Distritos com AIDI	13%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



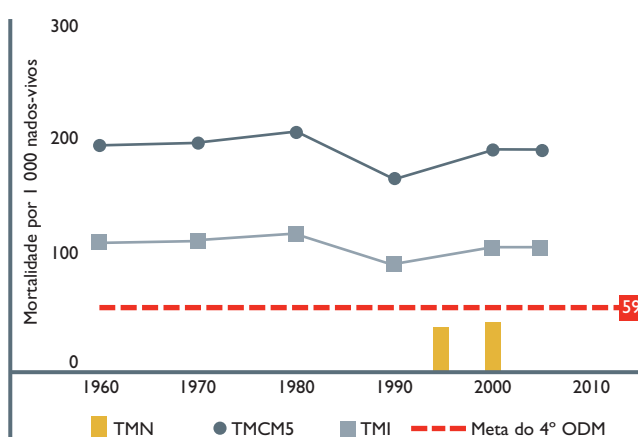
Taxa de baixo peso à nascença 9%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados. Para este país, o TMM, U5MR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados. Este perfil foi atualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes.

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



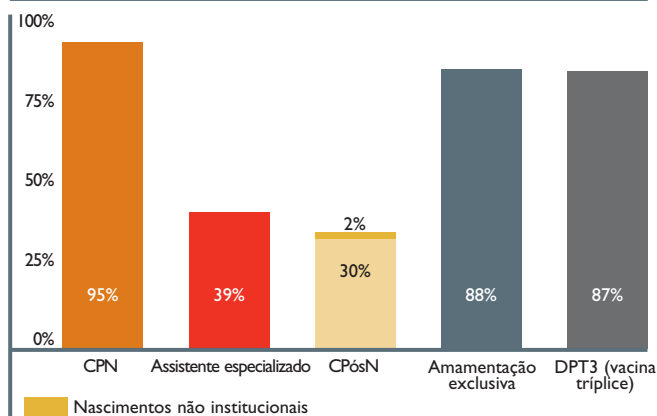
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 9 000
Intervalo da redução da TMN	37-67%

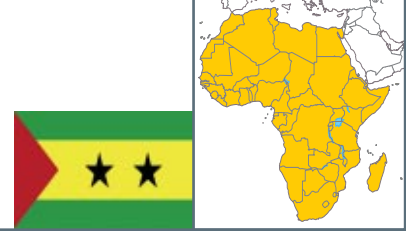
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 220
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 3
Despesas governamentais com a saúde	7%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	24%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



São Tomé e Príncipe



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	153 000
Partos por ano	5 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	-
Mortes maternas por ano	-

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	25
Nados-mortos por ano	100
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	38
Mortes neonatais por ano	200
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

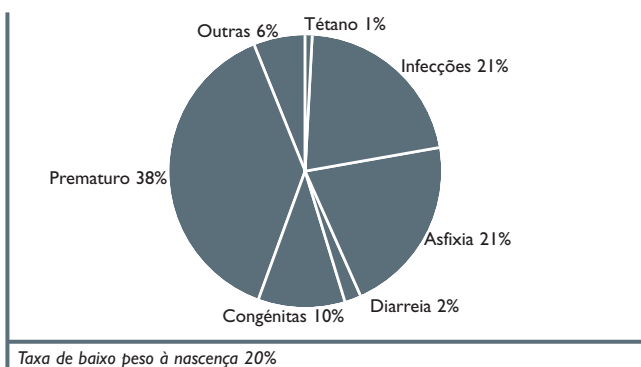
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	118
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	600
Décès postnatais annuels	400
TMN dos menores de 5 anos, em %	32%

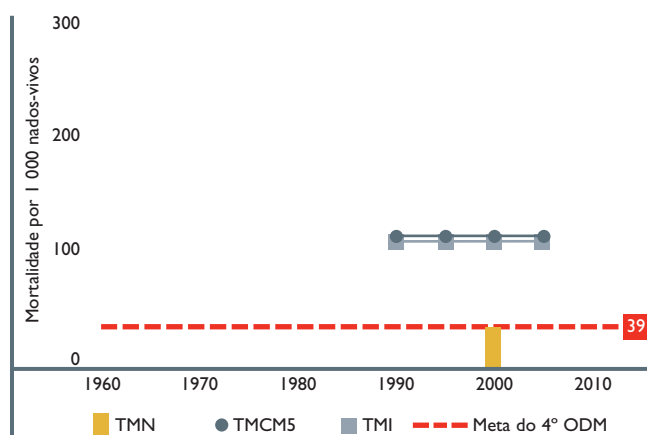
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	70%
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	0,32
Distritos com AIDI	29%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



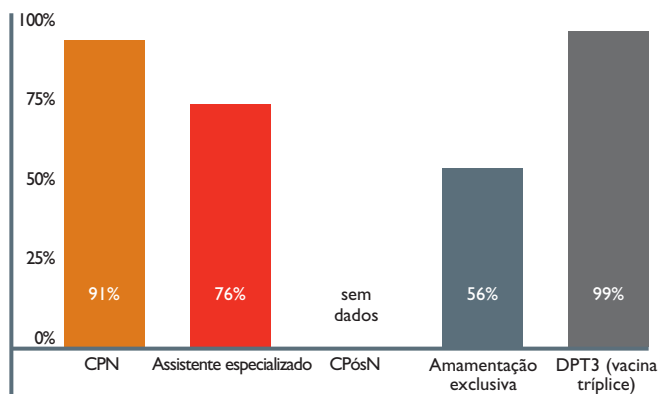
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até <100
Intervalo da redução da TMN	20-46%

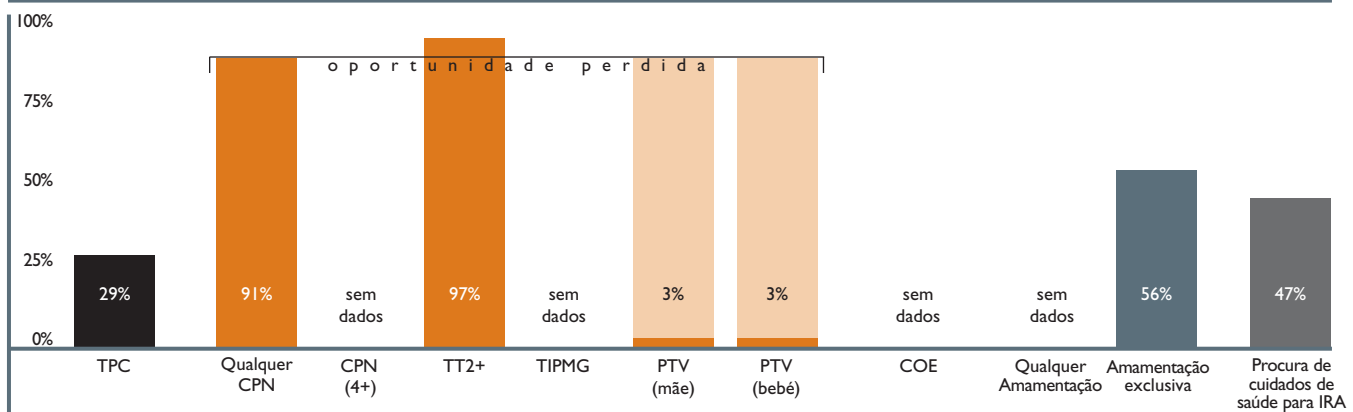
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 370
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 29
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	16%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

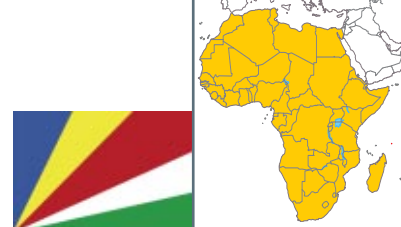


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Seicheles



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	80 000
Partos por ano	3 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	-
Mortes maternas por ano	-

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	10
Nados-mortos por ano	-
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	9
Mortes neonatais por ano	<100
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

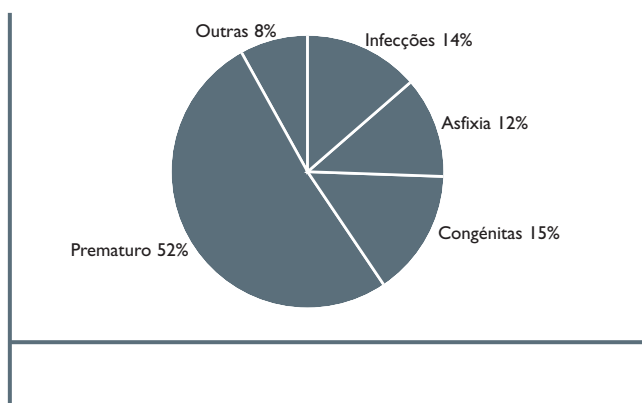
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	14
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	<100
Décès postnatais annuels	<100
TMN dos menores de 5 anos, em %	62%

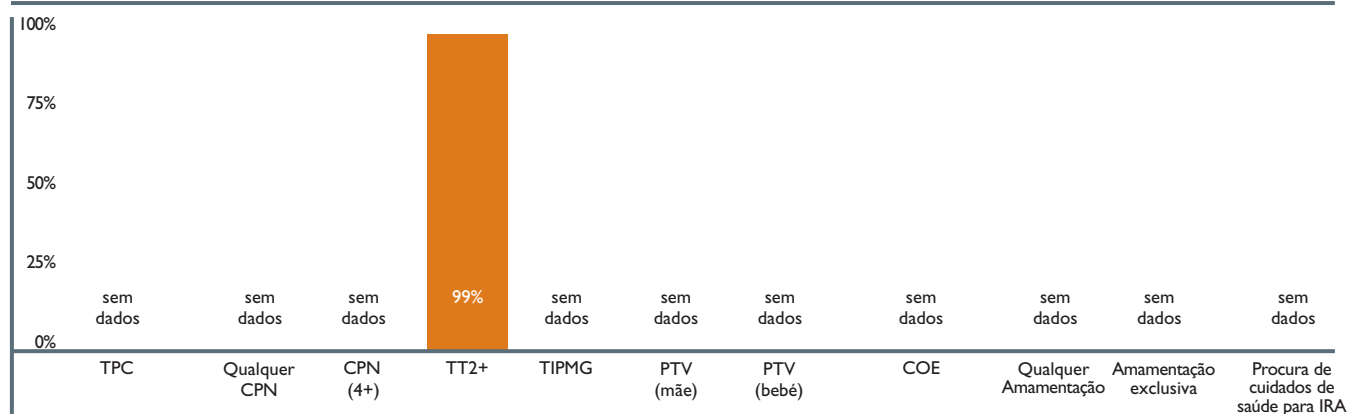
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	I
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

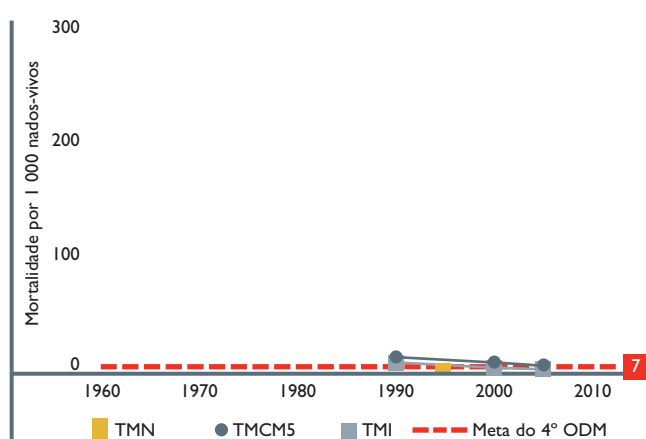


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



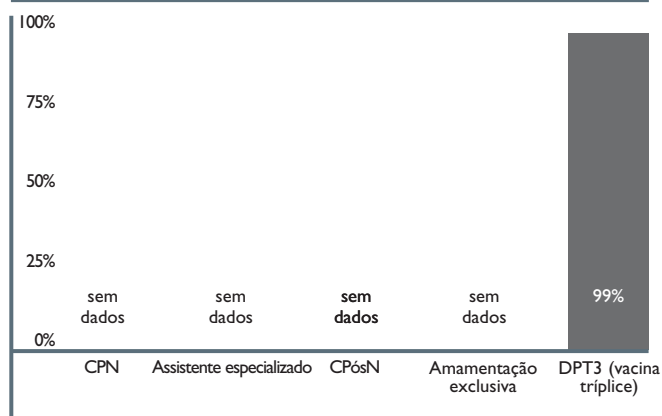
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até <100
Intervalo da redução da TMN	11-27%

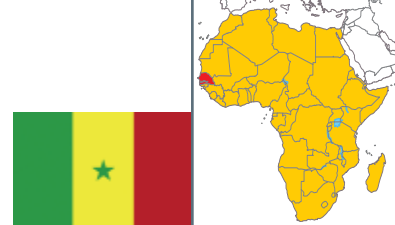
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 8 090
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 382
Despesas governamentais com a saúde	10%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	17%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Senegal



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	11 386 000
Partos por ano	419 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	401
Mortes maternas por ano	1 700

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	27
Nados-mortos por ano	11 500
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	35
Mortes neonatais por ano	14 700
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	104%

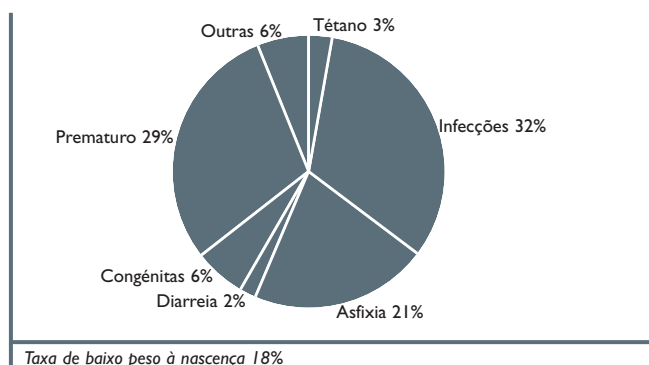
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	121
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	50 700
Décès postnatais annuels	36 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	29%

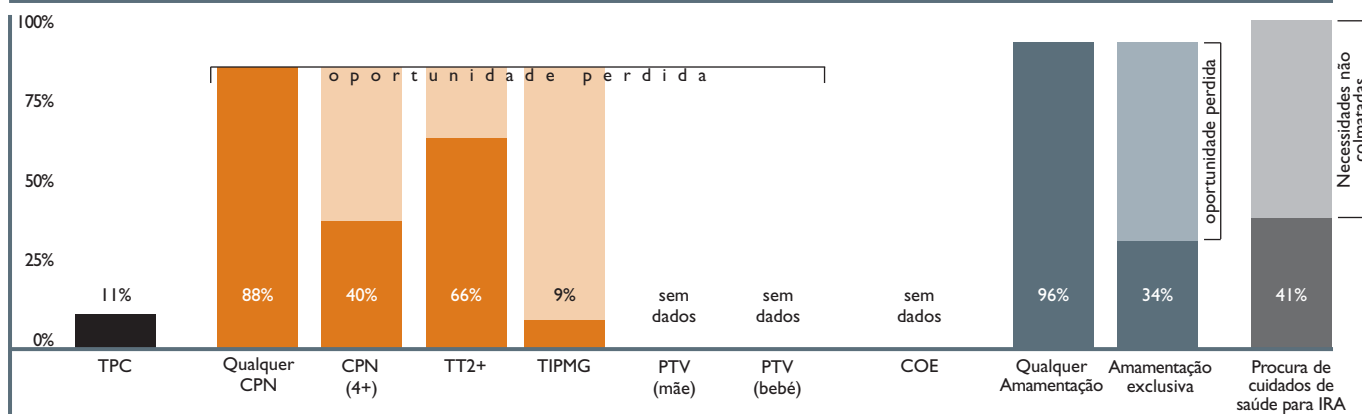
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	7, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	em curso
Cobertura dos registos de nascimento	62%
Número de hospitais amigos dos bebês	-
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	40%
Eliminação do tétano neonatal	Não

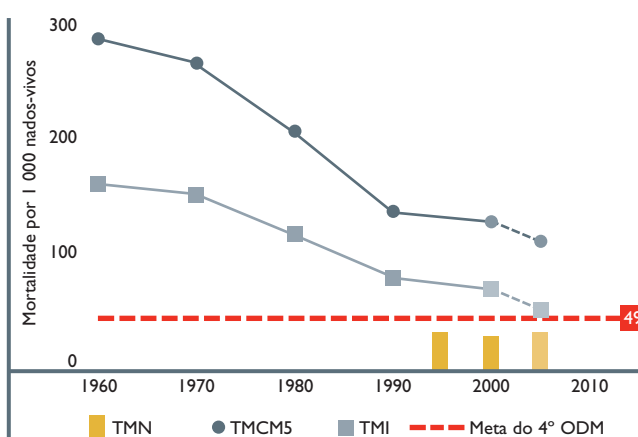
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



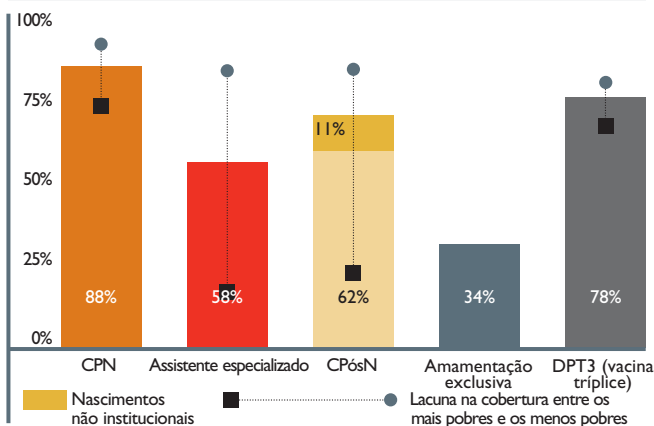
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 8 700
Intervalo da redução da TMN	35-66%

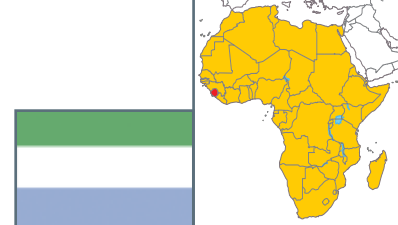
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 670
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 12
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	55%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Serra Leoa



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	5 336 000
Partos por ano	245 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	2,000
Mortes maternas por ano	4 900

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	37
Nados-mortos por ano	9 300
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	56
Mortes neonatais por ano	13 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

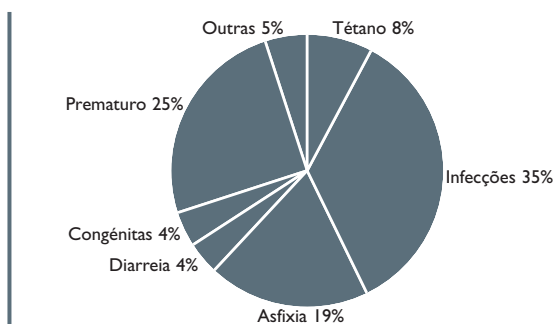
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	283
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	69 300
Décès postnatais annuels	55 500
TMN dos menores de 5 anos, em %	20%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

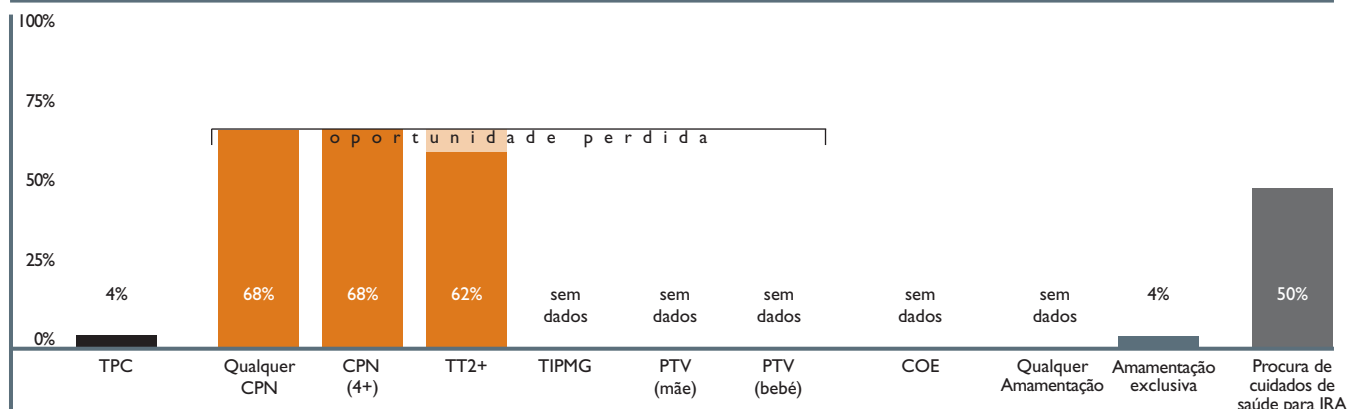
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	46%
Número de hospitais amigos dos bebês	4
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	33%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



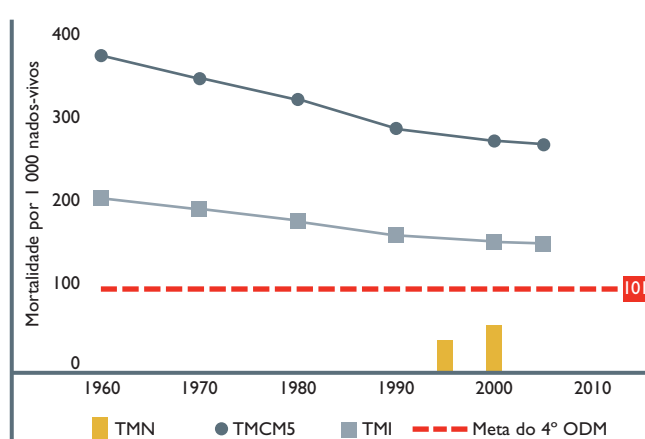
Taxa de baixo peso à nascença 23%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



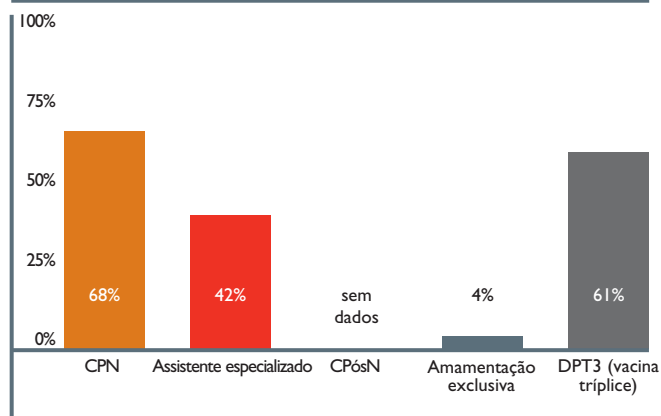
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 10 800
Intervalo da redução da TMN	44-75%

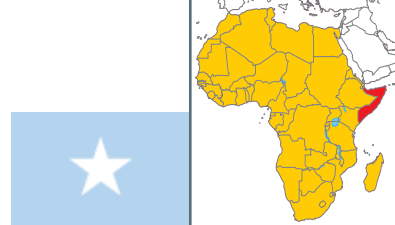
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 200
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	8%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	42%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Somália



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	7 964 000
Partos por ano	359 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	1 100
Mortes maternas por ano	3 900

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	45
Nados-mortos por ano	16 800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	49
Mortes neonatais por ano	17 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

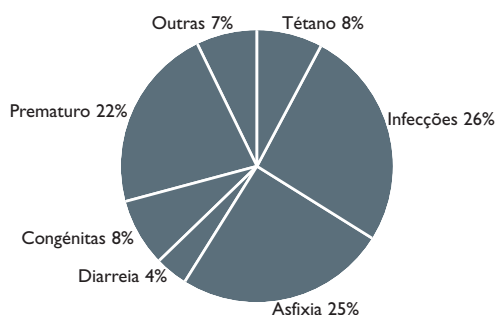
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	225
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	80 800
Décès postnatais annuels	63 000
TMN dos menores de 5 anos, em %	22%

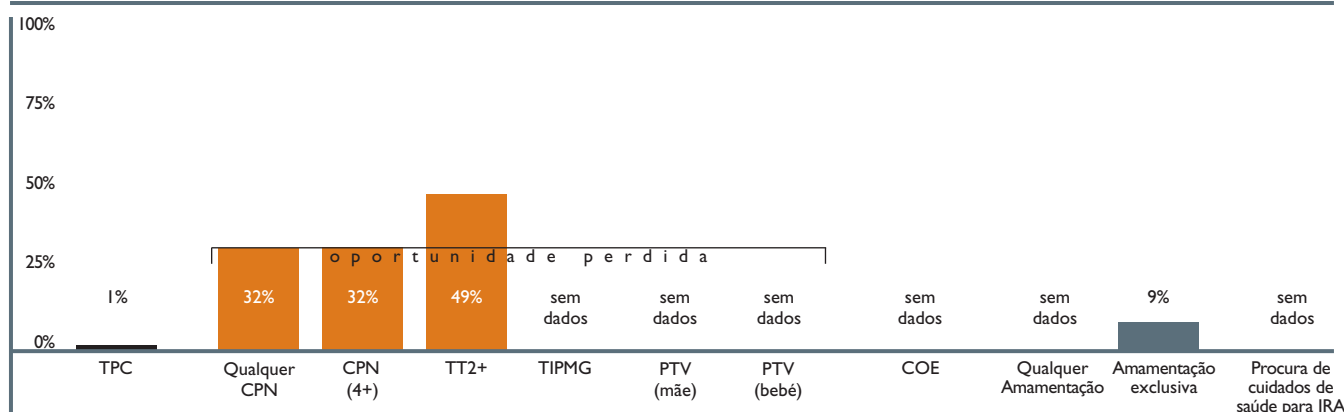
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	0
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	-
Número de hospitais amigos dos bebês	2
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	-
Eliminação do tétano neonatal	Não

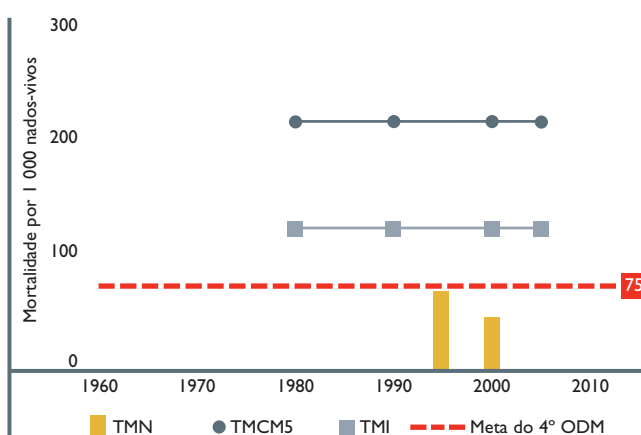
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



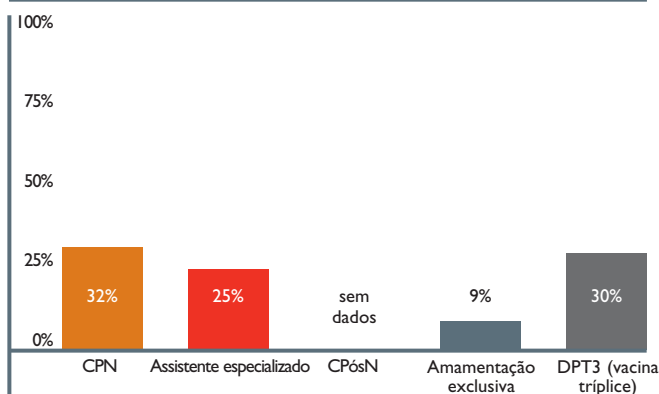
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 13 000
Intervalo da redução da TMN	42-71%

FINANCIAMENTO

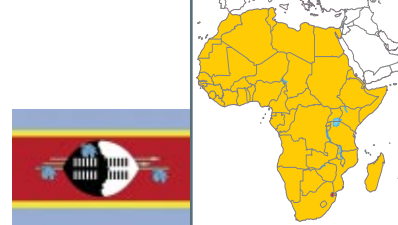
Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 130
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	-
Despesas governamentais com a saúde	-
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	-
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	-
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

Suazilândia



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	1 034 000
Partos por ano	30 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	370
Mortes maternas por ano	100

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	22
Nados-mortos por ano	700
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	38
Mortes neonatais por ano	1 100
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

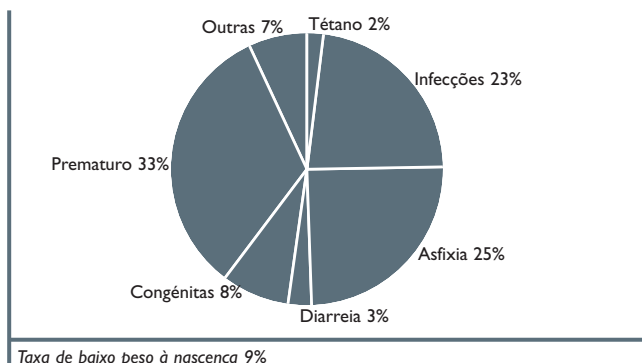
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	156
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	4 700
Décès postnatais anuais	3 600
TMN dos menores de 5 anos, em %	24%

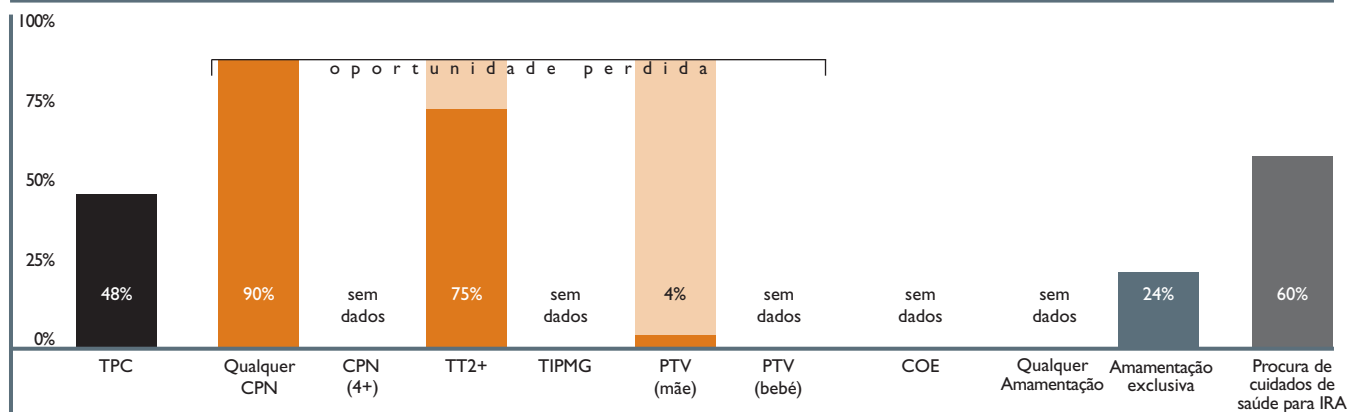
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	-
Criação da task force nacional da SMNI	Não
Cobertura dos registos de nascimento	53%
Número de hospitais amigos dos bebês	5
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	50%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

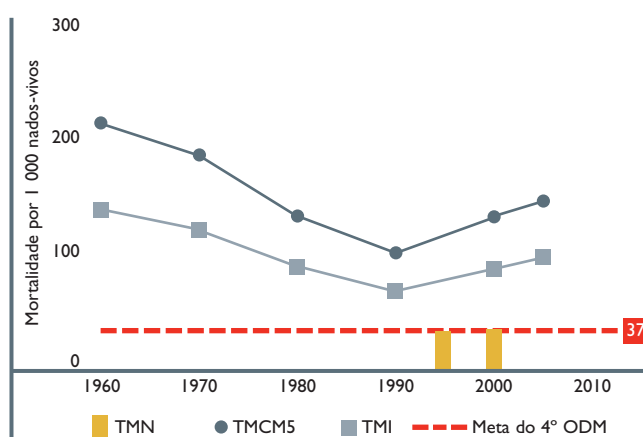


OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



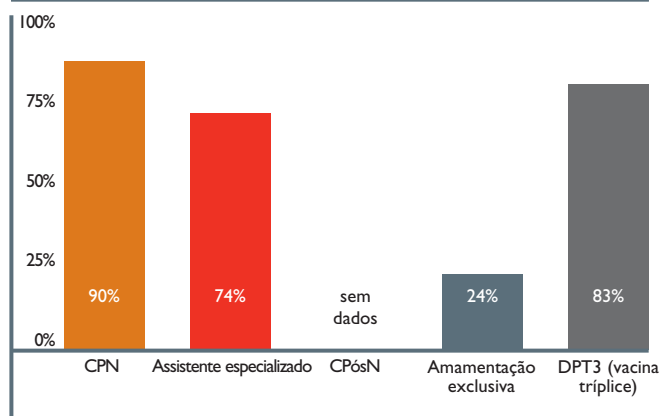
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 600
Intervalo da redução da TMN	26-56%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 1 660
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 61
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	18%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Não

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Tanzânia, República Unida da



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	37 627 000
Partos por ano	1 403 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	578
Mortes maternas por ano	8 100

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	29
Nados-mortos por ano	42 500
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	32
Mortes neonatais por ano	44 900
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	6%

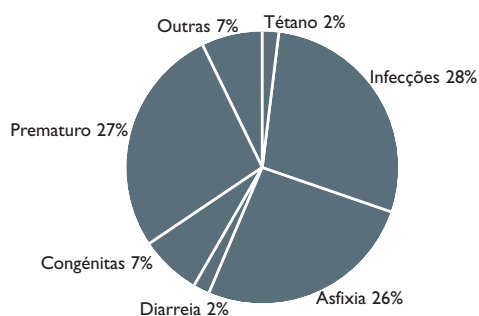
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	112
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	157 100
Décès postnatais annuels	112 200
TMN dos menores de 5 anos, em %	29%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

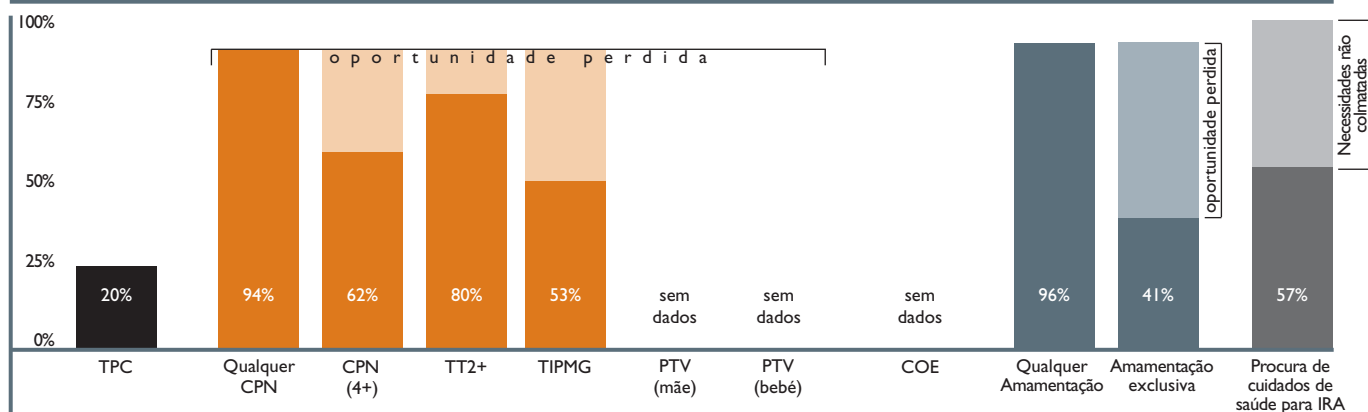
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	4, em curso
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	6%
Número de hospitais amigos dos bebês	47
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	90%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

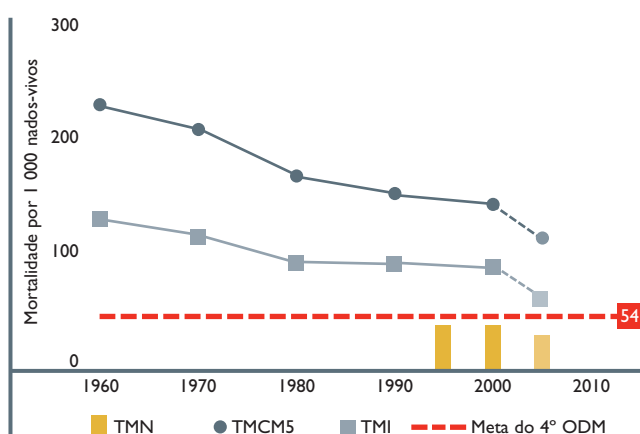


Taxa de baixo peso à nascença 13%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



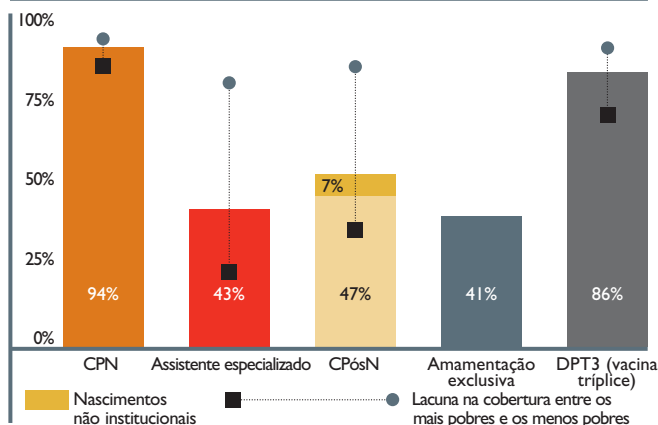
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 29 000
Intervalo da redução da TMN	33-64%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 330
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 7
Despesas governamentais com a saúde	13%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	36%
Isenções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	5 988 000
Partos por ano	233 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	570
Mortes maternas por ano	1 300

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	26
Nados-mortos por ano	6 200
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	42
Mortes neonatais por ano	9 800
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

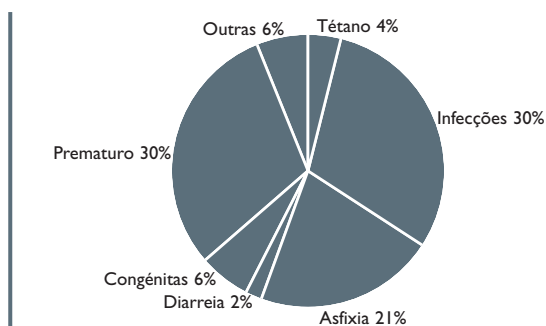
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	140
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	32 600
Décès postnatais annuels	22 800
TMN dos menores de 5 anos, em %	30%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

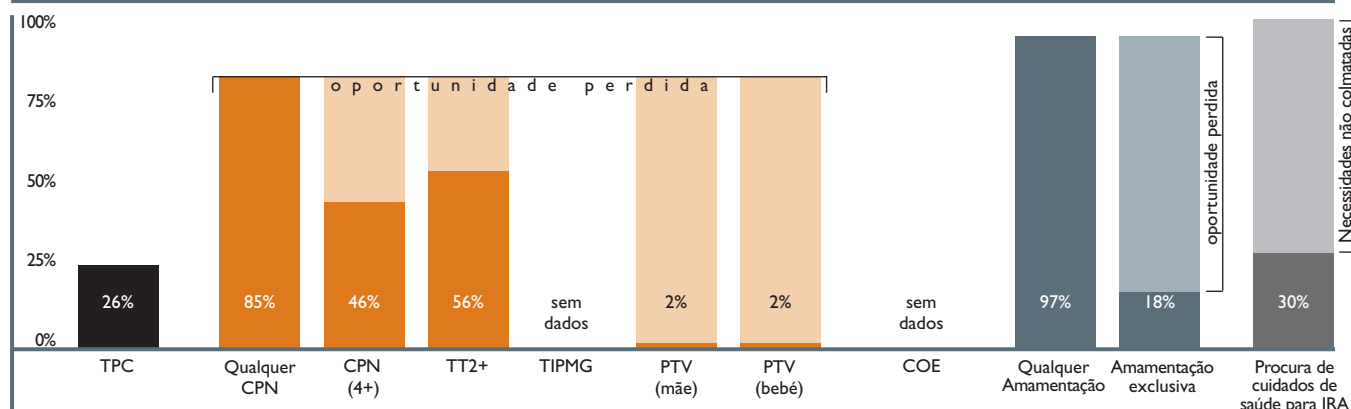
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	5
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	82%
Número de hospitais amigos dos bebês	20
Parteiras por 1 000 habitantes	<0,01
Distritos com AIDI	80%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



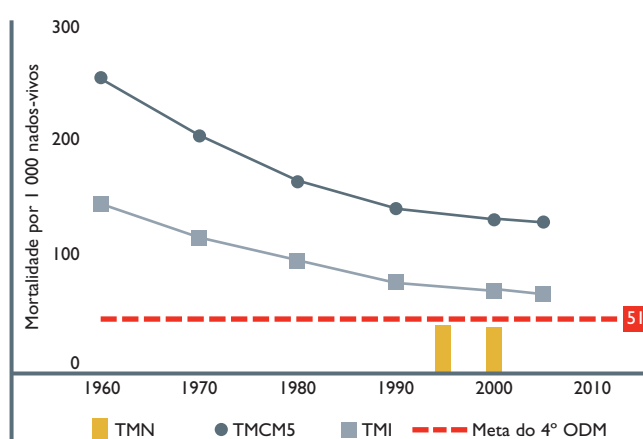
Taxa de baixo peso à nascença 18%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



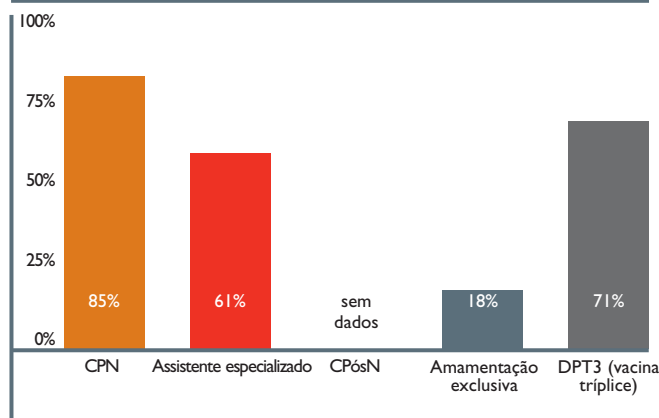
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 6 300
Intervalo da redução da TMN	35-66%

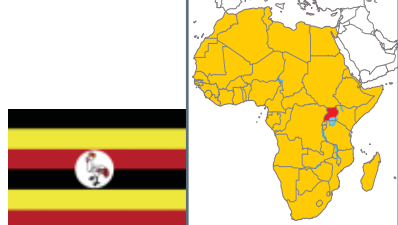
FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 380
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 4
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	66%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Não
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Não

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Uganda



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	27 821 000
Partos por ano	1 412 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	435
Mortes maternas por ano	6 100

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	31
Nados-mortos por ano	45 100
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	29
Mortes neonatais por ano	41 000
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

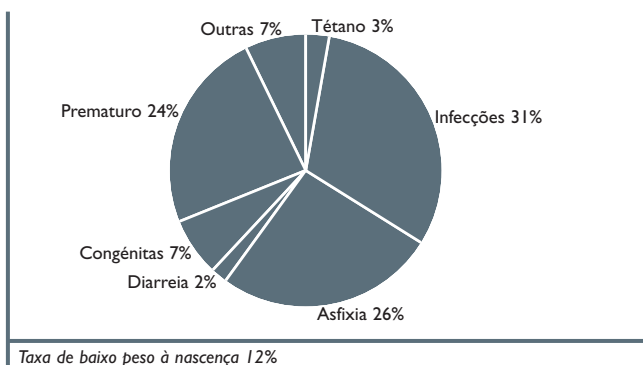
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	137
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	193 400
Décès postnatais annuels	152 500
TMN dos menores de 5 anos, em %	21%

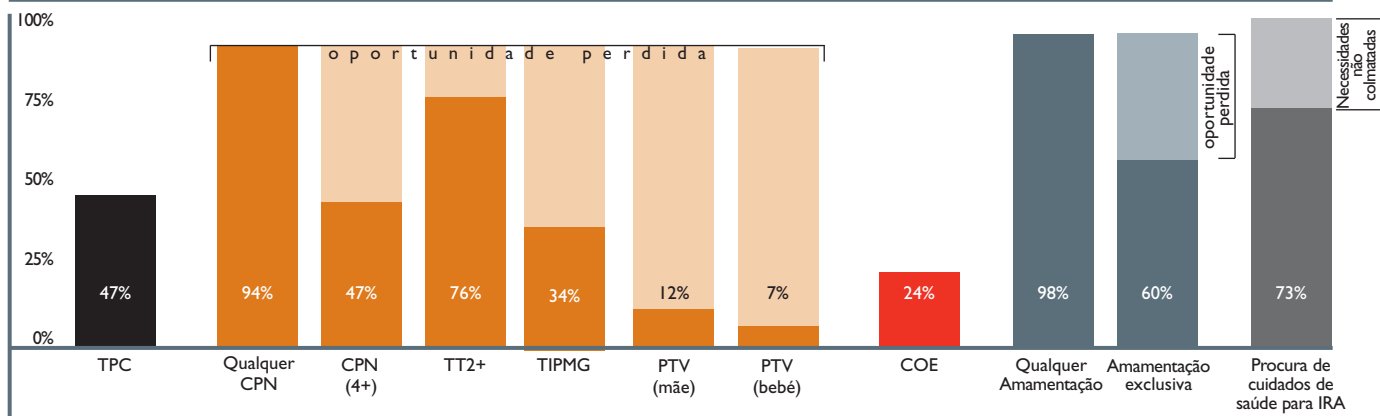
POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	I
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	4%
Número de hospitais amigos dos bebês	11
Parteiras por 1 000 habitantes	0,12
Distritos com AIDI	100%
Eliminação do tétano neonatal	Não

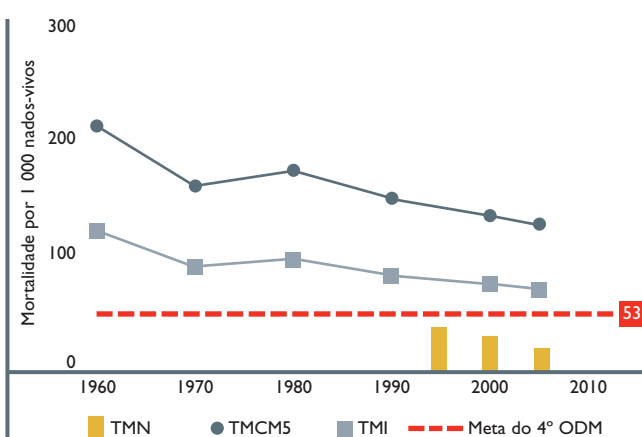
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



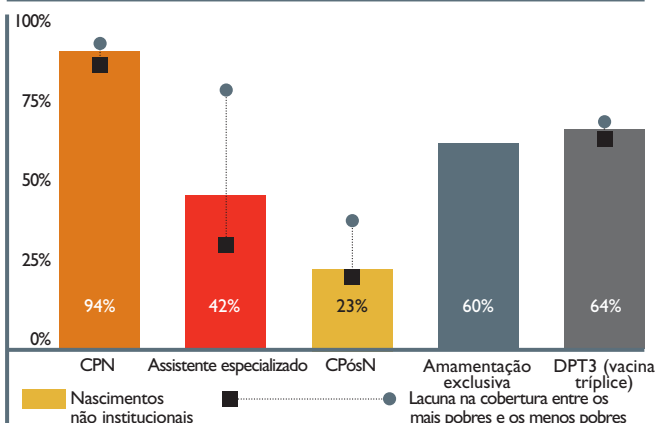
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 27 000
Intervalo da redução da TMN	35-66%

FINANCIAMENTO

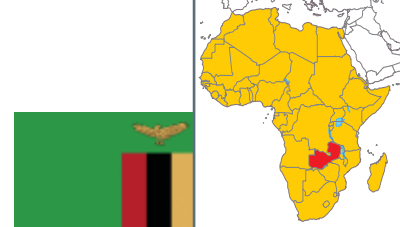
Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 270
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 5
Despesas governamentais com a saúde	11%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	37%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Sim

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados. Para este país, o TMM, USMR, TMI e TMN mais recentes são oriundos de dados IDS não ajustados. Este perfil foi actualizado a partir da versão em Inglês para incluir os dados mais recentes.

Zâmbia



V

NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	11 479 000
Partos por ano	468 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos	750
Mortes maternas por ano	3 500

BEBÉS

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos	31
Nados-mortos por ano	14 800
Taxa de mortalidade neonatal por 1 000 nados-vivos	37
Mortes neonatais por ano	17 300
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	63%

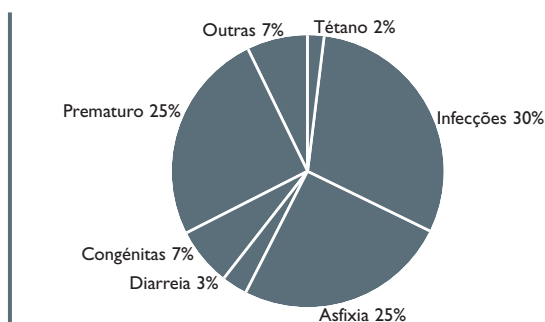
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos por 1 000 nados-vivos	182
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	85 200
Décès postnatais annuels	67 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	20%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

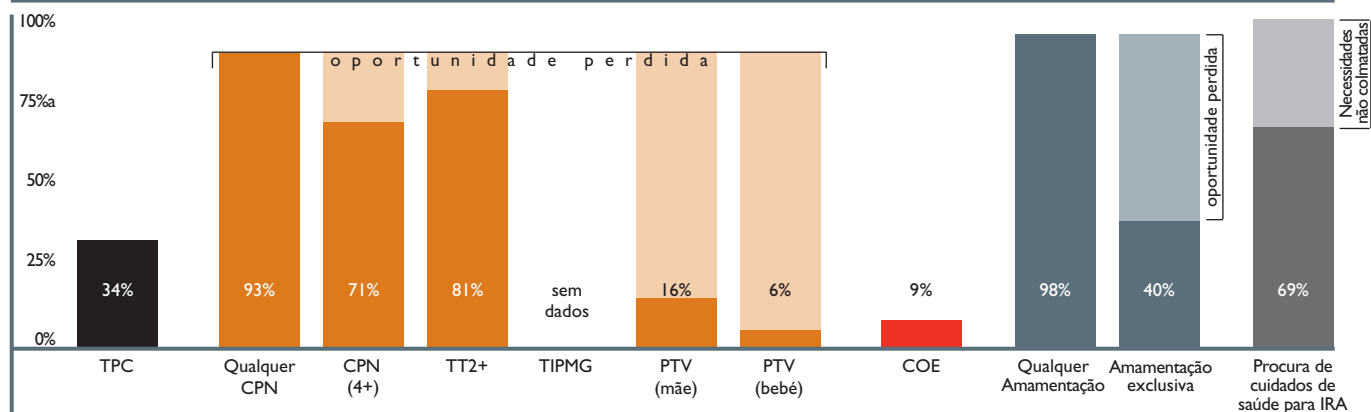
Fase do Roteiro (de entre 10 etapas)	6
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	10%
Número de hospitais amigos dos bebês	47
Parteiras por 1 000 habitantes	0,27
Distritos com AIDI	53%
Eliminação do tétano neonatal	Não

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS



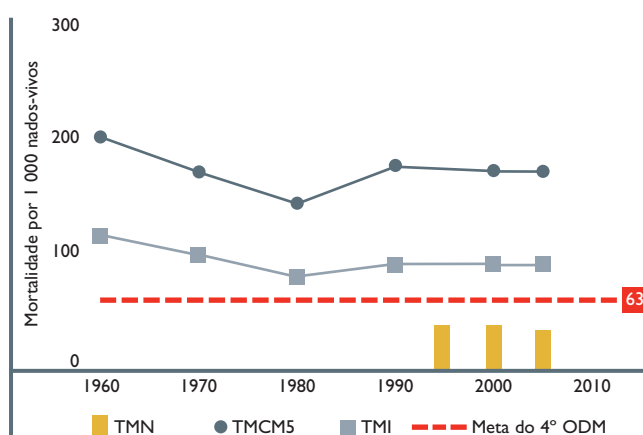
Taxa de baixo peso à nascença 12%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



Vide notas da página 226 para pormenores sobre os dados

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



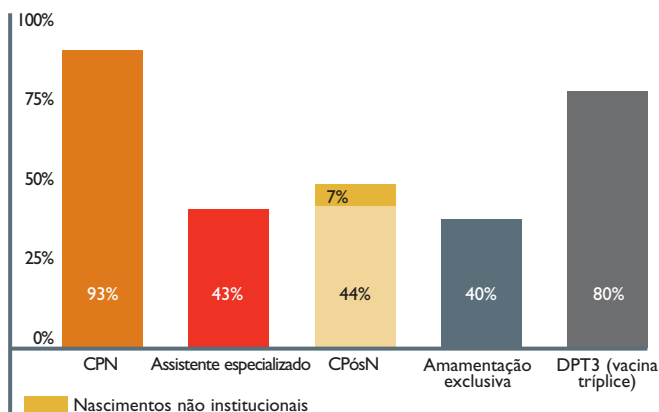
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 11 400
Intervalo da redução da TMN	34-63%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (dólares)	\$ 450
Despesas governamentais com a saúde, per capita (dólares)	\$ 11
Despesas governamentais com a saúde	12%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	33%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Sim
Rubrica orçamental para recém-nascidos	-

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



Zimbabué



NASCIMENTOS, MORTES E INIQUIDADES

População total	12 936 000
Partos por ano	384 000

MÃES

Rácio de mortalidade materna <i>por 100 000 nados-vivos</i>	1 100
Mortes maternas por ano	4 200

BEBÉS

Taxa de nados-mortos <i>por 1 000 partos</i>	22
Nados-mortos por ano	8 700
Taxa de mortalidade neonatal <i>por 1 000 nados-vivos</i>	33
Mortes neonatais por ano	12 600
Diferencial da TMN entre os mais pobres e os menos pobres	-

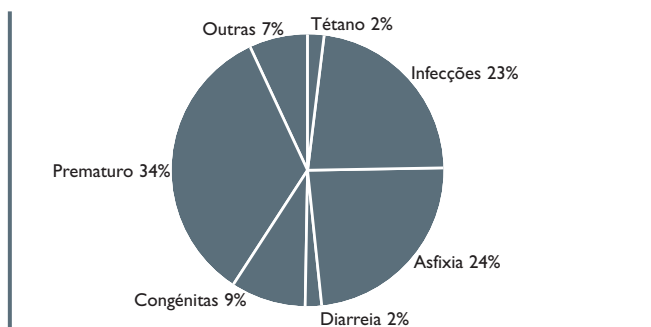
CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos <i>por 1 000 nados-vivos</i>	129
Número de mortes por ano de menores de 5 anos	49 500
Décès postnatais annuels	36 900
TMN dos menores de 5 anos, em %	25%

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

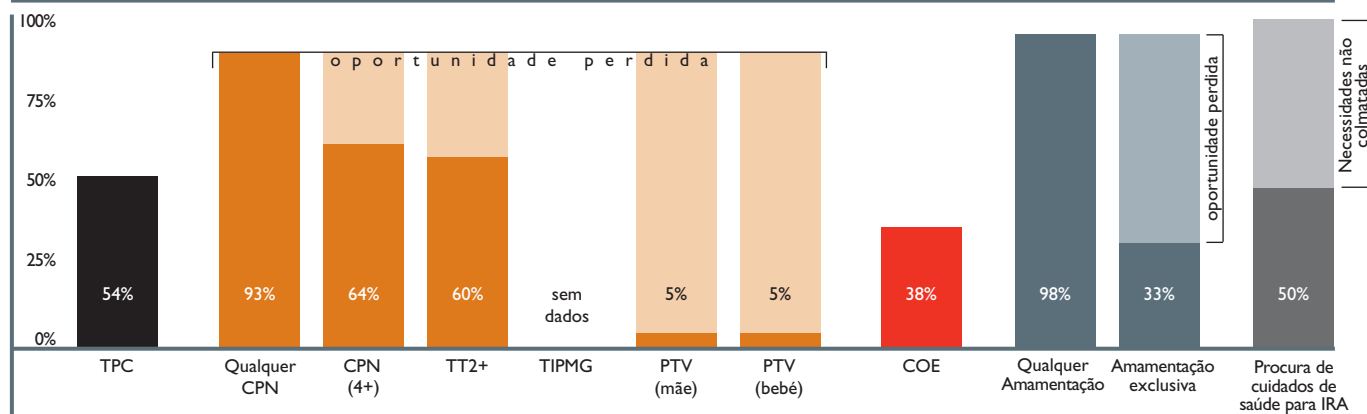
Stage (of 10) of Road	6
Criação da task force nacional da SMNI	Sim
Cobertura dos registos de nascimento	42%
Número de hospitais amigos dos bebês	38
Parteiras por 1 000 habitantes	-
Distritos com AIDI	21%
Eliminação do tétano neonatal	Sim

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS

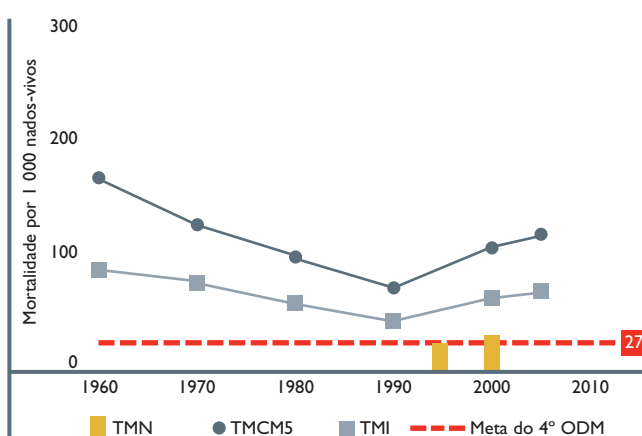


Taxa de baixo peso à nascença 11%

OPORTUNIDADES PERDIDAS



TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º ODM



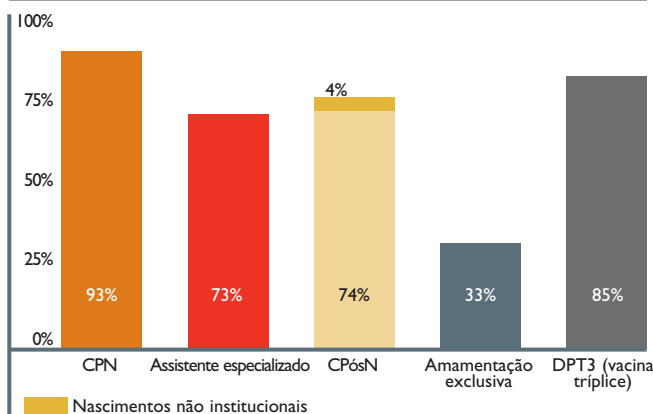
SE A COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS FOR DE 90%

Vidas de recém-nascidos salvas	até 6 000
Intervalo da redução da TMN	21-48%

FINANCIAMENTO

Rendimento nacional bruto per capita (<i>dólares</i>)	\$ 480
Despesas governamentais com a saúde, per capita (<i>dólares</i>)	\$ 14
Despesas governamentais com a saúde	9%
Taxas moderadoras de saúde pagas pelos utentes	36%
Isonções de taxas moderadoras para mulheres e crianças	Parcial
Rubrica orçamental para recém-nascidos	Não

COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE



QUADRO I. Análise Financeira e das Políticas

País	PIB per capita (dólares)	Despesa do governo com saúde (%)	PTM [†] como % da despesa total com a saúde	Isenção de taxas moderadoras p ^a mulheres e crianças	Estágio do Roteiro (de 10)	% de cobertura de registos de partos	No. de hospitais amigos dos bebés	No. de partos por 1 000 habitantes	% de distritos com AIDI
Ano	2004	2002	2003	2005-2006	2006	1998-2004	2002	1994-2004	2005
Angola	1030	5	16	Não	4	29	3	0,04	2
Benim	530	10	51	Parcial	4	70	23	-	26
Botsuana	4340	8	12	Sim	4	58	7	-	46
Burquina Faso	360	13	52	Sim	2	-	6	0,13	5
Burundi	90	2	77	Não	8	75	1	-	-
Camarões	800	8	70	Não	5	79	1	-	6
Cabo Verde	1770	11	27	-	0	-	1	-	-
Centro Africana, República	310	12	59	-	5	73	4	0,13	-
Chade	260	11	58	-	2	25	2	0,01	6
Comoros	530	6	46	-	7	83	19	-	-
Congo	770	4	36	-	3	-	-	-	-
Congo, República Democrática do	120	5	82	-	5	34	2	-	4
Costa do Marfim	770	8	66	-	4	72	85	-	5
Guiné Equatorial	-	7	26	-	4	32	-	0,08	22
Eritreia	180	4	55	-	4	-	46	-	36
Etiópia	110	10	33	-	4	-	-	0,01	19
Gabão	3940	13	33	-	1	89	2	-	8
Gâmbia	290	14	40	Sim	6	32	-	0,11	100
Gana	380	5	68	-	3	21	19	-	30
Guiné	460	5	83	-	8	67	3	0,01	6
Guiné-Bissau	160	7	43	-	-	42	-	0,02	4
Quênia	460	7	51	Parcial	5	48	232	-	22
Lesoto	740	10	4	-	7	51	7	-	60
Libéria	110	18	43	-	0	-	2	0,12	-
Madagáscar	300	9	34	Sim	6	75	53	-	79
Malawi	170	9	28	Parcial	8	-	7	-	64
Mali	360	9	38	-	10	48	12	0,04	14
Mauritânia	420	14	23	-	1	55	1	-	4
Maurícias	4640	9	39	-	0	-	6	0,04	-
Moçambique	250	11	15	Sim	1	-	-	0,12	21
Namíbia	2370	12	6	-	4	71	35	-	16
Níger	230	12	42	-	4	46	20	<0,01	40
Nigéria	390	3	68	Parcial	4	30	1147	-	1
Ruanda	220	7	24	-	4	65	2	0,01	13
São Tomé e Príncipe	370	11	16	-	0	70	-	0,32	29
Senegal	670	9	55	-	7	62	-	-	40
Seicheles	8090	10	17	-	1	-	-	-	-
Serra Leoa	200	8	42	-	0	46	4	-	33
Somália	130	-	-	-	0	-	2	-	-
África do Sul	3630	10	36	Sim	0	-	176	-	93
Suazilândia	1660	11	18	Sim	0	53	5	-	50
Tanzânia, República Unida da	330	13	36	Sim	4	6	47	-	90
Togo	380	7,8	66	Não	5	82	20	<0,01	80
Uganda	270	11	37	Não	1	4	11	0,12	100
Zâmbia	450	12	33	Sim	6	10	47	0,27	53
Zimbabué	480	14	36	Parcial	6	42	38	-	21
África Sub-Sahariana	611	9	40	-	-	38	2038	0,04	-

† = Pagamentos de taxas moderadoras. Vide página 226 sobre fontes de dados e notas

QUADRO 2. Análise da Cobertura

País	Assistência Pré-gravidez		Controlo Pré-natal						
	Literacia das mulheres	Taxa de prevalência de contraceptivos (%)	CPN	CPN 4+	TT2+	PAB	TIPMG	PTV (mãe)	PTV (bebé)
1. Angola	54	6	66	-	72	75	-	-	-
2. Benin	23	19	81	61	72	69	-	-	-
3. Botsuana	82	48	97	97	55	-	-	509	39
4. Burquina Faso	8	14	73	27	40	65	<1	3	3
5. Burundi	52	16	78	-	41	45	-	2	2
6. Camarões	60	26	83	60	53	60	<1	11	1
7. Cabo Verde	68	53	99	99	72	-	-	-	-
8. Centro Africana, República	33	28	62	39	17	42	-	1	1
9. Chade	13	8	43	18	29	40	-	-	-
10. Comores	49	26	74	53	-	46	-	-	-
11. Congo●	77	27	88	75	46	65	3	3	4
12. Congo, República Democrática do	52	31	68	-	48	58	-	1	1
13. Costa do Marfim	38	15	88	35	41	75	-	-	-
14. Guiné Equatorial	76	-	86	37	33	40	-	-	-
15. Eritreia	-	8	70	41	60	62	-	1	1
16. Etiópia	34	8	28	2	28	45	<1	1	1
17. Gabão	-	33	94	63	30	45	-	-	-
18. Gâmbia	-	18	91	-	95	-	-	-	-
19. Gana	46	25	92	69	51	70	1	1	1
20. Guiné	-	7	82	49	66	77	3	1	-
21. Guiné-Bissau	-	8	62	62	38	56	-	-	-
22. Quênia	70	39	88	69	66	70	15	20	17
23. Lesoto	90	30	90	70	60	-	-	4	1
24. Libéria	39	10	85	-	24	35	-	-	-
25. Madagáscar	65	27	80	21	40	55	-	-	-
26. Malawi●	54	31	92	56	66	70	73	3	1
27. Mali●	12	8	70	30	54	50	-	1	1
28. Mauritânia	43	8	64	16	36	33	<1	-	-
29. Maurícias	81	76	99	-	73	-	-	-	-
30. Moçambique	31	17	85	53	57	60	-	3	3
31. Namíbia	83	444	91	69	63	67	-	10	7
32. Níger●	9	5	46	15	23	43	1	-	-
33. Nigéria	59	13	58	47	40	51	1	-	-
34. Ruanda●	59	10	94	13	22	76	31	21	12
35. São Tomé e Príncipe	-	29	91	-	97	-	-	3	3
36. Senegal	29	11	88	40	66	85	9	-	-
37. Seicheles	92	-	-	-	100	-	-	-	-
38. Serra Leoa	21	4	68	68	62	76	-	-	-
39. Somália	-	1	32	32	49	60	-	-	-
40. África do Sul	81	56	94	72	85	61	-	22	-
41. Suazilândia	78	48	90	-	75	-	-	4	-
42. Tanzânia, República Unida da	62	20	94	62	80	90	53	-	-
43. Togo	38	26	85	46	56	61	-	2	2
44. Uganda●	59	47	94	47	76	-	34	12	7
45. Zâmbia	60	34	93	71	81	83	-	16	7
46. Zimbabué	86	54	93	64	60	70	-	5	5
47. África Sub-Sahariana	52	23	69	54	-	59	10	1	1

● Indica alterações feitas após a versão inglesa para incorporar os dados mais recentes. A cobertura da África Sub-Sahariana não foi alterada.

País	Assistência ao parto			Controlo Pós-natal (CPNs)	Nutrição e amamentação				IDI/Vacinação	
	Assistente especializado	Cuidados obstétricos de emergência	Parto num serviço de saúde	CPNs até 2 dias após o parto para partos em casa [#]	Qualquer AM (Aleitamento Materno)	AM precoce (dentro de 1 hora)	AE (Amamentação Exclusiva <6 meses)	% de lactentes com peso insuficiente à nascença	Percentagem de casos de IRA levados a um profissional competente	DPT3
1.	45	-	16	-	-	-	11	12	58	59
2.	66	23	77	12	97	49	38	16	35	83
3.	94	-	66	-	-	-	34	10	14	97
4.	57	-	39	12	98	33	19	10	33	57
5.	25	-	20	-	-	-	62	16	40	74
6.	62	-	59	29	94	32	24	11	40	65
7.	89	-	-	-	-	-	57	13	-	75
8.	44	-	50	-	-	-	17	14	32	40
9.	21	-	13	5+	98	34	2	10	11	20
10.	62	-	-	-	97	28	21	25	49	76
11.	88	-	84	-	94	39	19	-	44	68
12.	61	-	50	-	-	-	24	12	36	64
13.	68	-	48	-	94	28	5	17	38	50
14.	65	-	5	-	-	-	24	13	-	33
15.	28	-	26	2	98	78	52	21	44	83
16.	5	-	6	3	95	52	49	15	19	32
17.	86	-	85	2	86	71	6	14	48	38
18.	55	-	40	-	-	-	26	17	75	92
19.	47	-	46	25	97	46	53	16	44	80
20.	38	-	31	13	96	40	27	16	35	51
21.	35	-	50	-	-	-	37	22	64	80
22.	42	14	40	10	97	52	13	10	49	73
23.	55	31	52	23	95	63	36	14	54	83
24.	51	-	20	-	-	-	35	-	70	31
25.	51	-	32	32	98	62	67	17	39	61
26.	56	19	57	21	98	70	53	16	27	82
27.	49	-	38	10	97	32	37	23	36	68
28.	57	-	49	5+	94	61	20	-	41	70
29.	98	-	-	-	-	-	21	14	-	98
30.	48	-	48	12	98	65	30	15	51	72
31.	76	18	75	-	95	81	19	14	53	81
32.	33	-	17	12	98	48	14	13	47	39
33.	36	-	33	23	97	32	17	14	31	21
34.	39	-	30	4	97	41	88	9	27	87
35.	76	-	-	-	-	-	56	20	47	99
36.	58	-	62	28	96	23	34	18	41	78
37.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
38.	42	-	20	-	-	-	4	23	50	61
39.	25	-	2	-	-	-	9	-	-	30
40.	84	-	85	-	87	45	7	15	75	93
41.	74	-	56	-	-	-	24	9	60	83
42.	43	-	47	13	96	59	41	13	57	86
43.	61	-	49	-	97	19	18	18	30	71
44.	42	24	42	11	98	42	60	12	73	64
45.	43	9	44	12	98	51	40	12	69	80
46.	73	38	74	14	98	63	33	11	50	85
47.	42	33	37	13	95	44	30	14	41	65

Diverge dos perfis dos países porque se refere aos últimos partos em casa e não a todos os partos. Vide página 230

+ CPN efectuado dentro de 7 dias após o parto

QUADRO 3. Análise da Sobrevivência

País	População total	Nº de Partos por ano	TMM por 100 000 nados-vivos	Nº de mortes maternas por ano	Taxa de Nados-mortos por 1 000 partos	Nº de Nados-mortos por ano
Ano	2004	2004	2004	2004	2000	2000
1. Angola	15,490,000	749,000	1,700	12,700	33	25,200
2. Benim	8,177,000	341,000	850	2,900	30	10,400
3. Botsuana	1,769,000	46,000	100	<100	19	900
4. Burquina Faso	12,822,000	601,000	1,000	6,000	26	16,000
5. Burundi	7,282,000	330,000	1,000	3,300	34	11,600
6. Camarões	16,038,000	562,000	730	4,100	27	15,600
7. Cabo Verde	495,000	15,000	150	<100	16	200
8. Centro Africana, República	3,986,000	149,000	1,100	1,600	29	4,400
9. Chade	9,448,000	456,000	1,099*	5,000	34	15,900
10. Comores	777,000	28,000	480	100	26	700
11. Congo●	3,883,000	172,000	781	1300	28	4,900
12. Congo, Democrática República	55,853,000	2,788,000	990	27,600	34	98,000
13. Costa do Marfim	17,872,000	661,000	690	4,600	34	23,200
14. Equatorial, Guiné	492,000	21,000	880	200	26	600
15. Eritreia	4,232,000	166,000	630	1,000	27	4,600
16. Etiópia	75,600,000	3,064,000	850	26,000	36	114,600
17. Gabão	1,362,000	42,000	420	200	19	800
18. Gâmbia	1,478,000	52,000	540	300	27	1,500
19. Gana	21,664,000	679,000	540	3,700	24	16,300
20. Guiné	9,202,000	383,000	980*	3,700	28	11,200
21. Guiné-Bissau	1,540,000	77,000	1,100	800	35	2,800
22. Quênia	33,467,000	1,322,000	1,000	13,200	45	61,400
23. Lesoto	1,798,000	50,000	550	300	23	1,200
24. Libéria	3,241,000	164,000	760	1,200	32	5,400
25. Madagáscar	18,113,000	704,000	550	3,900	29	20,800
26. Malawi●	12,608,000	550,000	984*	5,400	39	22,200
27. Mali●	11,987,400	599,400	582	3,500	24	14,400
28. Mauritânia	2,980,000	123,000	1,000	1,200	30	3,800
29. Maurícias	1,233,000	20,000	24	<100	11	200
30. Moçambique	19,424,000	769,000	1,000	7,700	32	25,200
31. Namíbia	2,009,000	56,000	300	200	19	1,100
32. Níger●	13,499,000	734,000	648	4,800	38	29,200
33. Nigéria	128,709,000	5,323,000	800	42,600	30	163,400
34. Ruanda●	8,882,000	365,000	750	2,700	30	11,200
35. São Tomé e Príncipe	153,000	5,000	-	-	25	100
36. Senegal	11,386,000	419,000	401*	1,700	27	11,500
37. Seicheles	80,000	3,000	-	-	10	<100
38. Serra Leoa	5,336,000	245,000	2,000	4,900	37	9,300
39. Somália	7,964,000	359,000	1,100	3,900	45	16,800
40. Sul, África do	47,208,000	1,093,000	230	2,500	18	19,500
41. Suazilândia	1,034,000	30,000	370	100	22	700
42. Tanzânia, República Unida da	37,627,000	1,403,000	578*	8,100	29	42,500
43. Togo	5,988,000	233,000	570	1,300	26	6,200
44. Uganda●	27,821,000	1,412,000	435	6,100	31	45,100
45. Zâmbia	11,479,000	468,000	750	3,500	31	14,800
46. Zimbabué	12,936,000	384,000	1,100	4,200	22	8,700
47. África Sub-Sahariana	697,561,000	28,263,000	940^	247,300	32	890,000

* Indica alterações feitas após a versão inglesa para incorporar os dados mais recentes. A cobertura da África Sub-Sahariana não foi alterada.

Pais	TMN por 1 000 nados-vivos	Mortes de neonatais por ano	Posição relativa à mortalidade neonatal	Diferença da TMN entre os mais pobres e os menos pobres (%)	TMCM5 por 1 000 nados-vivos	Nº de mortes de menores de 5 anos/ano	TMN como % da TMCM5	Objectivo 4 dos ODM
	2000-2005	2000-2005		1998-2005	2004-2005	2004		2015
1.	54	40,100	42	-	260	194,700	21	87
2.	41	14,100	30	43	152	51,800	27	62
3.	40	1,800	28	-	116	5,300	34	19
4.	31	18,600	11	11	192	115,400	16	70
5.	41	14,600	29	-	190	62,700	22	63
6.	29	16,300	8	55	149	83,700	19	46
7.	10	200	2	-	36	500	28	20
8.	48	7,200	39	150	193	28,800	25	60
9.	39	17,800	23	57	191*	87,100	20	68
10.	29	800	9	-	70	2,000	41	37
11.	33	5,700	13	-	117	20,100	28	37
12.	47	130,900	37	-	205	571,500	23	68
13.	65	42,800	45	53	194	128,200	33	52
14.	40	800	26	-	204	4,300	20	53
15.	24	4,000	5	33	82	13,600	29	49
16.	39	119,500	24	30	123*	376,900	32	68
17.	31	1,300	10	20	91	3,800	34	31
18.	46	2,400	36	-	122	6,300	38	51
19.	43	29,200	32	-	112	75,400	39	42
20.	39	15,000	25	58	163*	62,400	24	80
21.	48	3,700	40	-	203	15,600	24	84
22.	33	43,600	17	46	120	158,600	28	32
23.	46	2,300	35	104	113*	5,700	41	40
24.	66	10,800	46	-	235	38,500	28	78
25.	32	22,500	14	127	123	86,600	26	56
26.	31	17,000	7	24	118*	64 900	26	80
27.	46	27,600	44	34	191*	114,500	24	83
28.	40	4,900	27	-	125	15,100	33	44
29.	12	200	3	-	15	300	78	8
30.	37	28,500	19	103	152	116,900	24	78
31.	25	1,400	6	-	63	3,500	40	28
32.	33	24,200	33	48	198*	145,300	17	107
33.	48	255,500	38	157	197	1,048,600	24	76
34.	37	13,500	34	55	152	55,500	24	59
35.	38	200	22	-	118	600	32	39
36.	35	14,700	18	104	121*	50,700	29	49
37.	9	<100	1	-	14	<100	62	7
38.	56	13,800	43	-	283	69,300	20	101
39.	49	17,800	41	-	225	80,800	22	75
40.	21	23,000	4	-	67	73,200	31	20
41.	38	1,100	21	-	156	4,700	24	37
42.	32	44,900	15	6	112*	157,100	29	54
43.	42	9,800	31	-	140	32,600	30	51
44.	29	41,000	12	-	137	193,400	21	53
45.	37	17,300	20	63	182	85,200	20	63
46.	33	12,600	16	-	129	49,500	25	27
47.	41	1,155,800		63	164	4,636,900	25	62

* Dados não ajustados, originários dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) mais recentes.
Não inclui dados ajustados de IDS. Vide página 226 para fontes de dados e notas.

Definições, fontes e análises utilizadas nesta publicação

Nota geral acerca dos dados

Os parceiros que contribuíram para esta publicação trabalharam em conjunto para reunir os dados mais recentes e de melhor qualidade disponíveis nalgumas fontes consultadas. Não se pouparam esforços para que houvesse coerência com os dados e estimativas contidos em fontes da ONU e para acrescentar notas aos dados recolhidos de outras fontes. Os dados aqui contidos provêm principalmente de inquéritos e estudos como os Inquéritos por Censo de Indicadores Múltiplos (IPCIM/MICS), de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) e, em muitos casos, reflectem uma média calculada ao longo dos últimos cinco anos. A qualidade dos dados pode ser inferior nos países que passaram por desastres naturais ou por instabilidade política.

Dados utilizados nesta publicação

Taxas de mortalidade neonatal

As entradas relativas à taxa de mortalidade neonatal (TMN) utilizadas neste livro foram recolhidas nas seguintes fontes:

- Excepto em relação a países com dados de IDS publicados desde 2001, utilizaram-se estimativas nacionais da OMS relativas às TMN para o ano de 2000¹. Relativamente aos 19 países com esses dados de IDS, a TMN referida nos respectivos IDS foi utilizada directamente, sem regressão ou ajustamento da série cronológica.
- As estimativas da OMS¹ para o ano 2000 provêm das seguintes fontes:
 - o Dados dos Registos de nascimento, de óbitos e de outras ocorrências vitais relativos a países com cobertura elevada (maior do que 90 por cento), aplicáveis apenas a um país na África Sub-Sahariana, que é a República das Maurícias.
 - o Dados de inquéritos, sendo os mais comuns os IDS porque os MICS não medem geralmente as TMN.
 - o Relativamente a países sem dados de registos vitais ou sem dados de inquéritos, a TMN foi calculada utilizando o modelo criado pelo serviço “Evidence for Information and Policy” da OMS. Os cálculos foram feitos utilizando a taxa de mortalidade de menores de cinco anos, com uma variável de representação para a prevalência de VIH e outras variáveis que prevêem o risco de morte no período neonatal.
- Os números de mortes neonatais em cada país são calculados utilizando o número anual de partos em cada país, multiplicado pela TMN. Esta publicação utiliza estimativas de partos publicadas no “*State of the World's Children, 2006*”,² baseadas em avaliações demográficas elaboradas pela Divisão de População das Nações Unidas.

Limitações: os óbitos neonatais têm menor probabilidade de ser registados se o bebé falecer nas primeiras horas ou dias após o parto³ ou se for muito pequeno.⁴ Podem ocorrer também erros de classificação entre nados-mortos e mortes neonatais precoces. É provável que a mortalidade neonatal seja subavaliada nos IDS.⁵ Várias avaliações feitas na Ásia do sul, que analisaram o desempenho de inquéritos retrospectivos em comparação com a monitorização prospectiva das gravidezes, sugerem que os inquéritos

retrospectivos podem subavaliar as mortes neonatais.⁶ Existe uma certa tendência para que a comunicação da data das mortes apresente inconsistências relativamente às que ocorrem nas primeiras 24 horas, que podem ser codificadas como tendo ocorrido no dia 0 ou no dia 1 e, por “acumulação” ou “concentração”, em certos dias (como 7, 14, 21 e 30).

Causas de mortes neonatais

Cenário: só um país na África Sub-Sahariana possui registos vitais completos e fiáveis, com dados sobre as causas das mortes neonatais. Quanto aos restantes países, são utilizados muitas vezes dados baseados nos registos dos próprios serviços, mas estes podem ser enganadores dado que a proporção de mortes atribuídas a asfixia tende a ser mais elevada (dado que os partos complicados são levados aos hospitais). A proporção de infecções tende a ser menor, porque o tétano neonatal escapa muitas vezes à identificação, visto que estas mortes ocorrem mais tarde ou acontecem na sua maioria em casa. Esta publicação usa estimativas criadas pelo Grupo de Referência Epidemiológica de Saúde Infantil (Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG))⁷ em associação com a OMS.⁸ Estas estimativas nacionais foram aprovadas pela OMS e esta é a primeira vez que se publicam, embora o “*World Health Report de 2005*”⁹ tenha publicado estimativas sub-regionais. As estimativas de causas de morte aqui publicadas foram actualizadas para 46 países africanos e usam os dados mais recentes das TMN e outras variáveis previsionais nas equações, especialmente para o tétano. As estimativas de mortes causadas pelo tétano diminuíram devido ao aumento da cobertura da vacinação com toxóide tetânico e aos métodos melhorados criados pela OMS para protecção contra o tétano durante o parto.

Entradas: o exercício de cálculo extensivo⁷ utilizou duas fontes de dados sobre as causas de mortes neonatais: conjuntos de dados de registos vitais relativos aos países com elevada cobertura de serviços (maior do que 90 por cento); estudos identificados através de pesquisas sistemáticas realizadas na literatura, e conjuntos de dados de estudos não publicados. Os dados globais dos sistemas e estudos de registos vitais foram incluídos e introduzidos em mapas de acordo com sete categorias de causas (septicémia/pneumonia, tétano, diarreia, asfixia, parto prematuro, causas congénitas e “outras causas”). Usou-se a regressão multinomial para modelar a proporção de mortes devidas a cada causa. Aplicou-se um modelo baseado em estudos para obter estimativas em relação à maioria dos países africanos. Os cálculos dos factores de incerteza utilizaram o método jackknife.

Limitações: a afectação de cada morte a uma causa única é artificial quando actuam conjuntamente múltiplas causas, e os métodos aplicados por diferentes codificadores para a afectação de causas co-existent não sempre são claros. Para serem úteis em relação aos programas, as causas registadas de morte deverão ser relacionadas com a prevenção e a gestão. Por exemplo: se um lactente moderadamente prematuro morre de uma infecção, a infecção é a causa fundamental a resolver. Contudo, num lactente muito prematuro, é pouco provável que apenas o manejo da infecção evite a sua morte. O resultado da limitada quantidade e qualidade dos dados de entrada é a incerteza. Para calcular o

número de mortes por tétano neonatal têm sido utilizados dois métodos diferentes: o modelo CHERG para todas as causas neonatais e o modelo da OMS para Vacinas e materiais Biológicos baseado nas taxas de mortalidade neonatal causada pelo tétano. Estes métodos dão resultados ligeiramente diferentes, mas com margens de incerteza que se sobrepõem. Ambos os conjuntos de cálculos dão resultados concordantes relativamente aos países onde se conseguiu eliminar o tétano neonatal.

Cálculo do número de vidas salvas

Para calcular o número de vidas que poderiam ser salvas em cada país, esta publicação contém uma nova análise para 46 países africanos, baseada nos métodos criados para a série sobre a sobrevivência dos recém-nascidos da revista *The Lancet*, que inclui as seguintes entradas:

- Mortes neonatais por causa, provenientes das estimativas actualizadas do modelo CHERG/OMS usadas ao longo da publicação, com base nos dados mais recentes⁷
- Cobertura actual das intervenções ou pacotes, e aumento da cobertura desde os níveis actuais até à meta a atingir (90 por cento)
- Cálculos da eficácia das intervenções baseadas na série de impactos que as intervenções exercem na mortalidade causada por causas específicas.¹⁰ Isto implicou ter de ir buscar uma série de estimativas a algumas meta-análises (como as análises Cochrane) e à literatura disponível.¹¹ Porém, no caso da assistência especializada aos partos e dos cuidados obstétricos de emergência, a evidência da dimensão dos impactos foi insuficiente, pelo que se pediu a opinião de peritos da OMS, da UNICEF e de académicos. Visto que uma determinada intervenção pode agir sobre mais do que uma causa de morte, e que as mortes devidas a uma causa específica podem ser evitadas por mais do que uma intervenção, a fim de se conseguir chegar a uma conclusão sobre os resultados obtidos com os cálculos dos impactos, o que se fez foi proceder a cálculos do impacto de cada intervenção sobre as causas específicas de morte. Dado que há poucos estudos que se refiram a efeitos resultantes de causas específicas, nos cálculos feitos foram também as opiniões dos peritos sobre o assunto que se adoptaram. Com poucas excepções, faltavam dados empíricos sobre a eficácia das intervenções no contexto dos sistemas de saúde. Por essa razão procedeu-se a uma série de cálculos de eficácia, introduzindo-se neles os valores da extremidade baixa, do meio, e da extremidade alta, da série de efeitos possíveis de cada intervenção em cada causa de morte.

O número de mortes devidas a uma determinada causa e evitadas pela intervenção foi depois subtraído do número de mortes actual, antes de se calcular o impacto da intervenção seguinte, para que assim, no resultado do cálculo, a expressão de cada morte evitada só pudesse surgir uma vez, ou devido a prevenção, ou devido a tratamento.

Cálculo do custo das intervenções

Os cálculos dos custos baseiam-se nos custos de exploração e incluem as despesas ou custos próprios do seu funcionamento, os custos com o pessoal, com a monitorização, com os medicamentos e com todos os materiais necessários à prestação das intervenções ao grupo alvo, segundo a taxa de cobertura de 90 por cento, conforme se descreve nos cálculos de custos da série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos^{10;12;13} e da série sobre a sobrevivência das crianças.¹⁴ O cálculo inclui o

valor do intervalo que vai desde a cobertura actual até atingir o valor de 90 por cento e acrescenta os custos de cada intervenção relativos a cada país. Utilizaram-se os custos unitários relativos à prestação dos serviços, retirados do modelo OMS CHOICE. Os custos unitários aumentam à medida que aumenta a cobertura, reflectindo assim o crescente custo marginal decorrente da prestação de serviços às populações difíceis de alcançar. Os cálculos dos custos dos cuidados de saúde prestados nos serviços incluem os custos amortizados dos edifícios, mas não incluem os custos da construção de novas instalações ou os custos de construção das novas escolas para a formação de parteiras, ou ainda as infra-estruturas importantes de outros sectores, como as estradas.

Outras entradas de dados

Os números relativos aos partos e a maior parte dos dados sobre a cobertura provêm da publicação da UNICEF *"State of the World's Children - 2006"*² foram actualizados com os dados mais recentes dos IDS. As análises dos dados dos IDS referentes à data da morte, à assistência durante o parto, ao estatuto socioeconómico, e ao género, constam de conjuntos de dados de IDS descarregáveis na Internet. Os dados estatísticos financeiros constam do *"World Health Report 2006"*¹⁵ da Organização Mundial de Saúde. Abaixo fornecem-se pormenores relativos a outros dados incluídos nos perfis dos países e nos quadros de síntese.

Perfis dos países e quadros de síntese - definições e fontes

Os perfis dos países consultáveis adiante, contêm indicadores sobre a saúde materna, neonatal e infantil relativos a 46 países africanos, e um perfil resumo sobre o conjunto dos países da África Sub-Sahariana. Salienta-se em especial a saúde dos recém-nascidos, por ser o ponto focal desta publicação, assim como as oportunidades perdidas dos programas existentes. Salientam-se igualmente as desigualdades ainda existentes nos cuidados continuados de saúde. Os indicadores foram seleccionados de modo a ficarem alinhados com os compromissos assumidos relativamente a determinados objectivos e à monitorização, como é o caso dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e da Contagem Decrescente até 2015, relativamente à Sobrevivência das Crianças.¹⁶ Estes perfis são compatíveis com os perfis da Contagem Decrescente, que incluem mais dados sobre as crianças mais velhas, mas não são uma mera cópia dos perfis da Contagem Decrescente.

As fronteiras e as designações incluídas nos mapas dos perfis dos países não põem em causa o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou as suas autoridades, nem a delimitação das suas fronteiras ou limites.

PARTOS, ÓBITOS E INIQUIDADES

População total e número anual de partos: baseado nas avaliações demográficas elaboradas pela Divisão de População das Nações Unidas, apresentadas na publicação *"State of the World's Children 2006"*.²

Rácio de Mortalidade Materna (RMM) por 100 000 nados-vivos e número anual de mortes: número de mortes de mulheres por ano, devidas a causas relacionadas com a gravidez por 100 000 nados-vivos, avaliadas pela UNICEF, pela OMS e pelo UNFPA (Fundo das Nações Unidas para a População) e ajustadas para ter em conta problemas bem documentados de sub-registo e de erros de classificação. Retirado de estimativas do OMS/UNICEF para o ano 2000, publicadas no relatório *"State of the World's*

NASCIMENTOS, MORTES E DESIGUALDADE

População total	13,124,000
Nascimentos por ano	647,000

MÃES

Rácio de mortalidade das mães por 100,000 nados vivos	1,200
Mortes maternas anuais	7,800

BEBÉS

Taxa de mortalidade intra-uterina por 1000 partos	24
Número anual de casos de mortalidade intra-uterina	15,900
Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nados-vivos	57
Mortes neonatais por ano	36,900
TMN excedente dos mais pobres vs menos pobres	34 %

CRIANÇAS

Taxa de mortalidade de menores de cinco anos por 1000 nados-vivos	219
Mortes anuais de menores de cinco anos	141,700
Mortes anuais pós-natais	104,800
TMN como percentagem de TMNM5	26 %

Children 2006".² Nos casos em que um IDS recente apresente a mortalidade materna, foi essa a estimativa utilizada, e não foi ajustada. A definição de morte materna nos IDS significa qualquer morte que tenha ocorrido durante a gravidez, o parto, ou dentro dos dois meses após o parto ou o termo de uma gravidez. Os países que comunicaram a sua TMM num recente IDS foram: o Chade, a Etiópia, a Guiné, o Lesoto, o Malávi, o Senegal e a Tanzânia. Para mais pormenores sobre a metodologia referente aos cálculos da TMM, vide **Mais Leituras** no final desta secção.

Taxa de nados-mortos por 1 000 partos e número anual de nados-mortos: bebés nascidos mortos durante o último trimestre de gravidez, por 1 000 partos. As estimativas são para o ano 2000, baseadas em modelos que utilizam os registos vitais, os IDS, e dados de estudos.¹⁷

Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) por 1 000 nados-vivos e número anual de mortes: probabilidade de morte dentro das primeiras quatro semanas de vida, expressa por 1 000 nados-vivos. São utilizadas estimativas da OMS para o ano 2000¹ excepto em relação a 19 países em relação aos quais foi publicado um IDS desde 2001. Vide **Taxas de Mortalidade Neonatal** na página 226 para mais pormenores sobre fontes e limitações das estimativas da TMN usadas neste livro.

Diferença entre os valores da Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) relativa aos mais pobres e aos menos pobres: os relatórios finais de IDS incluem um índice de riqueza resultante de questionários sobre a propriedade de bens e as características da habitação.¹⁸ Para avaliar a disparidade das TMN entre o primeiro quintil (os mais pobres) e o quinto quintil de riqueza (os menos pobres), usam-se quintis de população identificados a partir do índice, sob a forma de uma percentagem da TMN nos mais pobres, comparada com a percentagem da TMN nos menos pobres. Os países com conjuntos de dados de IDS que incluem menos de 100 mortes neonatais foram excluídos da análise. Aplicou-se uma análise separada aos IDS anteriores a 2003 que não continham índices de riqueza no relatório final.

Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (TMCM5) por 1 000 nados-vivos e número anual de mortes: probabilidade de morte entre o parto e exactamente os cinco anos de idade, expressa por 1 000 nados-vivos. UNICEF, "State of the World's Children 2006".² Nos casos em que existe um IDS publicado no último ano, foram utilizados os dados do Chade, Etiópia, Guiné, Lesoto, Malawi, Senegal e Tanzânia.

Número anual de mortes pós-natal e Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) como percentagem da mortalidade de crianças com menos de cinco anos (TMCM5): Calculado a partir das TMN e das TMCM5 acima referidas.

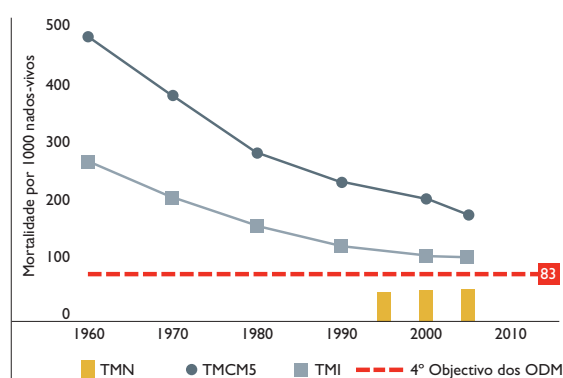
TAXA DE PROGRESSÃO

Taxa de Mortalidade de Crianças com Menos de 5 anos (TMCM5) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) desde 1960 até à actualidade: "State of the World's Children 2006"², www.childinfo.org e dados recentes, não ajustados, de IDS relativos aos seguintes países: Chade, Guiné, Etiópia, Lesoto, Malawi, Senegal, e Tanzânia, assinalados por uma linha pontuada.

Taxa de Mortalidade Neonatal (TMN) desde 1995 até à actualidade: estimativas da OMS para 2000¹ e IDS realizados desde 2001. Para mais pormenores, vide as **Taxas de Mortalidade Neonatal** na página 226.

Meta do 4º Objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM): Metas específicas dos países para atingirem o 4º objectivo dos ODM: em 2015, terem reduzido de dois terços a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos verificada em 1990. Do "UN Millennium Project 2005".

TAXA DE PROGRESSÃO NO SENTIDO DO 4º OBJECTIVO DOS ODM



VIDAS DE RECÉM-NASCIDOS SALVAS

Refere-se ao número e à amplitude, em percentagem, de mortes de recém-nascidos que poderiam ser evitadas se existisse uma cobertura de 90 por cento de todos os pacotes essenciais. Vide "Cálculo do número de vidas salvas" na página 259.

EM CASO DE 90% DE COBERTURA DE TODOS OS PACOTES ESSENCIAIS

Vidas de recém-nascidos salvas	até 796,000
Gama de redução da TMN	41-72 %

FINANCIAMENTO

Produto interno bruto, per capita (em US\$)	360 \$
Despesas do Estado com a saúde, per capita (em US\$)	9 \$
Despesas do Estado com a saúde	9 %
Taxas moderadoras para mulheres e crianças	38 %
Subsídios para a protecção de recém-nascidos no orçamento nacional	-

FINANCIAMENTO

Produto Nacional Bruto per capita (dólares): produto nacional bruto dividido pelo número de habitantes a meio do ano, convertido em dólares, e usando o método Atlas do Banco Mundial apresentado no relatório “*State of the World's Children 2006*”.² Os cálculos referem-se a 2004.

Despesas governamentais na saúde, per capita (dólares): despesas gerais dos governos com a saúde, per capita, expressas em dólares, à taxa de câmbio média (a média anual verificada, ou o número de vezes, no fim do ano, em que uma moeda foi cambiada no sistema bancário). Organização Mundial de Saúde, *World Health Report 2006*.¹⁵ Cálculos actualizados e valores revistos para 1999-2003.

Despesas governamentais na saúde (%): as despesas governamentais gerais são incursas por entidades governamentais calculadas sob a forma de despesas para adquirir serviços e materiais de cuidados de saúde e são expressas como percentagem da despesa governamental total do ano em causa. Organização Mundial de Saúde, *World Health Report, 2006*.¹⁵ Cálculos actualizados e valores revistos para -2003.

Taxas moderadoras pagas com a saúde (%): taxas moderadoras pagas directamente para utilizar serviços de saúde, expressas como percentagem das despesas totais com a saúde. As despesas totais com a saúde são a soma das despesas gerais dos governos com a saúde (geralmente designadas como despesas públicas com a saúde), mais as despesas privadas com a saúde. Organização Mundial de Saúde, *World Health Report, 2006*.¹⁵ Cálculos actualizados e valores revistos para 1999-2003.

Subsídios para protecção de mulheres, de recém-nascidos e de crianças e rubrica no orçamento nacional destinada à saúde dos recém-nascidos: comunicação pessoal com os indivíduos, em cada país, facilitada pelos escritórios regionais africanos da UNICEF e pelos seus escritórios nacionais, entre Fevereiro e Maio de 2006.

POLÍTICAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Estágio de implementação do Roteiro e criação de uma task force da SMNI: Escritório Regional Africano da OMS, 2006, com contributos do UNFPA, Outubro de 2006.

POLÍTICA E IMPLEMENTAÇÃO

Estágio de implementação de um roteiro	3
Criação de um Task Force da SMNI	No
Cobertura dos registos de nascimento	48 %
Número de hospitais amigos dos bebés	12
Número de parteiras por 1 000 habitantes	0,04
Distritos com SMNI	14 %
Eliminação do tétano neonatal	No

Percentagem de cobertura dos registos de nascimento: refere-se à percentagem de crianças com menos de cinco anos registadas na ocasião do inquérito. O numerador deste indicador inclui crianças cuja certidão de nascimento foi vista pelo entrevistador ou cuja mãe ou ama (cuidadora de crianças) disse que o nascimento ou parto foi registado. Dados de IDS, MICS e outros inquéritos nacionais constantes do *State of the World's Children 2006*.² Refere-se aos dados mais recentes de 1998-2004.

Número de hospitais amigos das crianças: serviços de maternidade aprovados em avaliações externas, de acordo com os Critérios Globais para a Iniciativa dos Hospitais Amigos das Crianças (Global Criteria for the Baby Friendly Hospital Initiative). UNICEF, *Estado actual da Iniciativa dos Hospitais Amigos das Crianças*, Março de 2002. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>

Número de parteiras por 1 000 habitantes: parteiras auxiliares e parteiras profissionais oficialmente registadas. Alguns países não distinguem claramente as enfermeiras das parteiras. Do *World Health Report 2006*.¹⁵

Percentagem de distritos com SMNI: percentagem de distritos que deram início à formação profissional para SMNI. Escritório Regional Africano da OMS, Agosto de 2005.

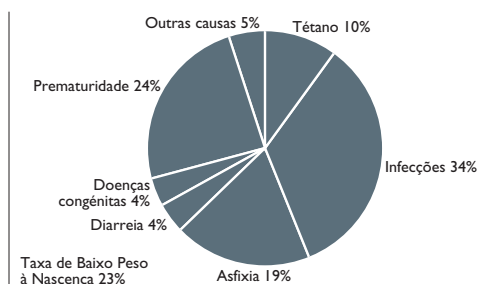
Eliminação do tétano neonatal: diminuição do número de casos de tétano neonatal para menos de 1 caso por 1 000 nados-vivos em cada distrito de cada país.^{19,20}

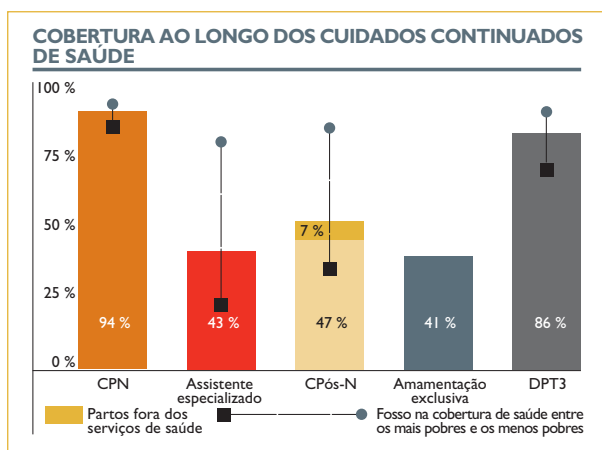
ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTES NEONATAIS

Causas de mortes neonatais: proporção de mortes neonatais devidas a sete grupos de causas. Para mais pormenores, vide **Causas de Mortes Neonatais** na página 226.

Taxa de baixo peso à nascença: bebés com peso inferior a 2 500 gramas. IDS, MICS, outros inquéritos nacionais aos domicílios e dados de sistemas de registos constantes do *State of the World's Children 2006*.² Refere-se aos dados mais recentes de 1998-2004.

ESTIMATIVA DAS CAUSAS DE MORTE NEONATAIS





COBERTURA AO LONGO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE

Nesta publicação define-se como cobertura a proporção de indivíduos a necessitar de intervenções e que efectivamente as recebem, sendo essa proporção medida em relação ao número total de habitantes. Este gráfico refere-se à cobertura de pacotes fundamentais da saúde materna e neonatal (Controlo Pré-Natal, assistência especializada durante o parto e Controlo Pós-Natal), a um comportamento fundamental para SMNI (amamentação exclusiva), e a uma intervenção de saúde infantil (três doses de vacina da difteria, da tosse convulsa e do tétano, ou vacina tríplice DPT3). Para os locais onde existam dados disponíveis, apresentam-se as diferenças de cobertura entre os mais pobres e os mais ricos, relativamente ao Controlo Pré-Natal (CPN), à assistência especializada, ao Controlo Pós-Natal (CpósN) e à vacina tríplice. Os dados provêm fundamentalmente de IDS, de MICS, de outros inquéritos nacionais feitos aos domicílios, de estimativas da OMS e da UNICEF, constantes do *State of the World's Children 2006*² e de IDS quando mais recentes.

CPN (Controlo Pré-Natal): percentagem de mulheres com idade entre 15-49 anos que receberam Controlo Pré-Natal de profissionais de saúde especializados (médicos, enfermeiras ou parteiras) pelo menos uma vez durante a gravidez. Dados constantes em IDS, MICS, da OMS e da UNICEF, no *State of the World's Children 2006*² e noutros IDS quando mais recentes.

Assistente especializado: percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde especializado (médicos, enfermeiras ou parteiras).

Dados constantes em IDS, MICS, da OMS e da UNICEF, no *State of the World's Children 2006*² e noutros IDS quando mais recentes.

CpósN (Controlo Pós-Natal): proporção de mulheres cujo parto do seu último filho ocorreu num serviço de saúde (os IDS presumem que todas as mulheres que deram à luz num serviço de saúde receberam CpósN) ou que foram submetidas a um check-up pós-natal dentro dos dois dias após o parto por ocasião do seu último parto, assumindo-se que o check-up foi aplicado a todos os partos. IDS mais recentes 1998-2005.

(AE) Amamentação exclusiva: percentagem de crianças com menos de 6 meses amamentadas exclusivamente, caso em que as crianças recebem apenas leite materno ou leite materno espremido e nenhuns outros líquidos ou sólidos com excepção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos de minerais ou medicamentos. Dados constantes em IDS, MICS, da OMS e da UNICEF, no *State of the World's Children 2006*² e noutros IDS quando mais recentes.

Vacina Tríplice - DPT3: percentagem de crianças com um ano que receberam três doses de vacina da difteria, da tosse convulsa e do tétano. De *State of the World's Children 2006*² e de IDS quando mais recentes.

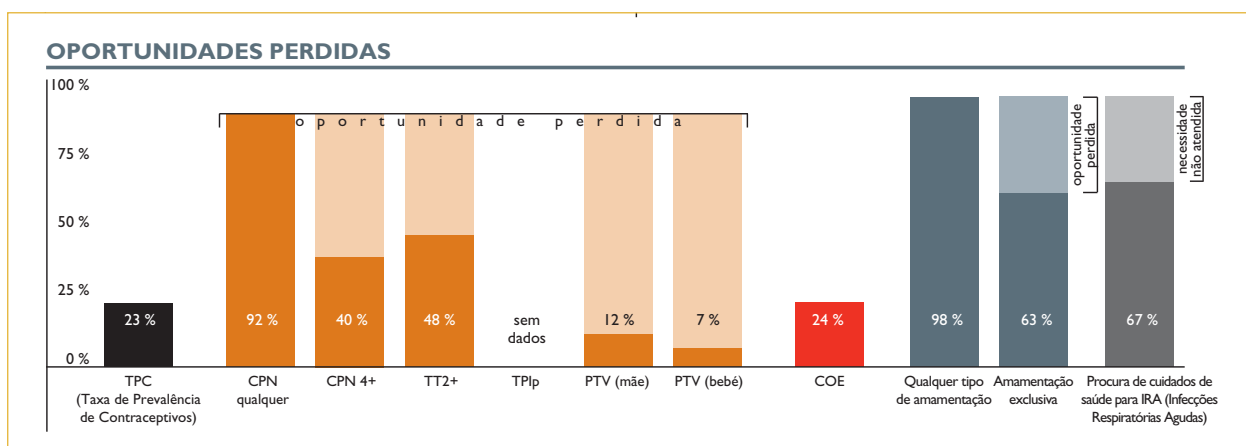
Cobertura para os mais pobres e os menos pobres: os IDS mais recentes usam um índice de riqueza resultante de perguntas sobre propriedade de bens e de características da habitação.¹⁸ Utilizam-se quintis da população, identificados a partir deste índice, para avaliar a cobertura do CPN, da assistência por profissionais especializados, do CpósN e da vacina tríplice DPT3 no primeiro quintil (mais pobres) e no quinto quintil de riqueza (menos pobres), tudo expresso sob a forma de percentagens.

OPORTUNIDADES PERDIDAS

As oportunidades perdidas descrevem as diferenças de cobertura entre uma oportunidade de contacto e a efectiva prestação da intervenção essencial.

TPC (Taxa de prevalência de contraceptivos): percentagem de mulheres casadas ou em união de facto com idade entre os 15 e os 49 anos que utilizam um método moderno de contracepção. *State of the World's Children 2006*²

CPN (Controlo Pré-Natal): percentagem de mulheres com idade entre os 15 e os 49 anos que receberam Controlo Pré-Natal de profissionais de saúde especializados (médicos, enfermeiras ou



parteiras) pelo menos uma vez durante a gravidez. Dados constantes em IDS, MICS, da OMS e da UNICEF, no *State of the World's Children 2006*² e noutros IDS quando mais recentes.

CPN4+: Quatro ou mais consultas pré-natais com um profissional especializado. Dados do “*World Health Report 2005*”⁹ e de IDS quando mais recentes.

TT2+: mulheres grávidas vacinadas com duas ou mais doses de vacina do toxóide tetânico. Dados do *World Health Report 2005*⁹ e de IDS quando mais recentes.

TIPMG (Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez): proporção de mulheres que receberam duas ou mais doses de Sulfadoxina Pirimetamina (SP)/Fansidar durante o segundo e o terceiro trimestre da sua última gravidez que tenha resultado num nado-vivo. Deve notar-se que obter informações acerca de medicamentos pode ser difícil, e alguns entrevistados que responderam aos inquéritos podem não saber ou recordar-se do nome ou até do tipo de medicamento que receberam. Dados de IDS mais recentes 2003-2005.

PTV: percentagem de mulheres grávidas seropositivas e seus bebés que receberam profilaxia anti-retroviral. Dados não publicados, UNICEF, New York, 2006.

COE (Cuidados Obstétricos de Emergência): percentagem de complicações obstétricas esperadas que foram tratadas em serviços de emergência obstétrica (ou em todos os serviços, tendo-se optado pelo valor que fosse superior, relativamente a todas as necessidades satisfeitas em serviços de COE). Baseado em avaliações nacionais e da ONU feitas a serviços e a necessidades de cuidados obstétricos de emergência, 2004-2006.

Todo o tipo de amamentações: percentagem de crianças amamentadas. Dos dados mais recentes de IDS 1998-2005.

AE (Amamentação exclusiva): percentagem de crianças com menos de 6 meses exclusivamente amamentadas, em que o lactente recebe apenas leite materno directamente do peito da mãe, ou leite espremido do peito da mãe, e não recebe quaisquer outros líquidos ou sólidos, com excepção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos de minerais ou medicamentos. dados de IDS, de MICS e da UNICEF, constantes no *State of the World's Children 2006*² e noutros IDS quando mais recentes.

Procura de cuidados de saúde para IRA (Infecções Respiratórias Agudas): percentagem de crianças (0-4 anos) com IRA que nas últimas duas semanas foram levadas a um profissional de saúde competente. Dados constantes no *State of the World's Children 2006*² e em IDS quando mais recentes.

Outros indicadores referidos nos quadros resumo

Partos institucionais: percentagem de nados-vivos que nos últimos cinco anos ocorreram num serviço de saúde público ou privado. Dados de IDS mais recentes 1998-2005.

Literacia feminina: percentagem de mulheres com 15 anos e mais que sabem ler e escrever. Dados do Instituto de Estatística da UNESCO constantes no *State of the World's Children 2006*².

PTP (Protegidos do Tétano no Parto): percentagem de recém-nascidos protegidos contra o tétano no parto, e que reflectem a percentagem de mães protegidas contra o tétano durante o parto, por meio de vacinação. Isto pode incluir doses protectoras de

toxóide tetânico recebidas durante campanhas ou durante gravidezes anteriores. Dados da UNICEF e da OMS constantes no *State of the World's Children 2006*².

Amamentação imediata: percentagem de crianças nascidas nos anos anteriores ao inquérito, sobreviventes e falecidas, que começaram a ser amamentadas na primeira hora e no primeiro dia após o parto. Dados de IDS mais recentes 1998-2005.

Leituras adicionais

- UNICEF State of the World's Children 2006²
- WHO World Health Report 2005⁹ e 2006¹⁵
- Mortalidade neonatal¹ e estimativas de nados-vivos¹⁷
- Metodologia e estimativas das causas de morte neonatal^{7,9,22}
- Estimativas da mortalidade materna^{23,24} e limitações²⁵
- Cálculo de custos e de impacto
 - Série sobre o impacto e o custo da sobrevivência dos recém-nascidos^{10,12}
 - Série Bellagio sobre o cálculo de custos da sobrevivência das crianças¹⁴
 - Aumento de recursos para salvar vidas de recém-nascidos¹³
- Índice de riqueza dos IDS¹⁸
- O guia estatístico dos IDS e mais informações sobre os dados dos IDS podem consultar-se em www.measuredhs.com.

Referências bibliográficas

Secção I - Os recém-nascidos - contá-los e fazer com que contem

- (1) MacFarlane A, Johnstone A, Mugford M. Epidemiology. eds, Rennie J, Robertson N, editors. Textbook of Neonatology. 3-33. 1999. Cambridge, Churchill Livingstone 3rd ed.
- (2) UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- (3) Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005; 365:891-900.
- (4) Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. Lancet 2005; 365:1189-1197.
- (5) Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD. Child Mortality in Maharashtra. 2002. Economic and Political Weekly 2002; 37(49):4947-4965.
- (6) WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (7) Baiden F, Hodgson A, Adjui M, Adongo P, Ayaga B, Binka F. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995-2002. Trop Med Int Health 2006; 11(4):532-539.
- (8) Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. Int J Gynaecol Obstet 1996; 54(1):1-10.
- (9) Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. Bull World Health Organ 2005; 83(6):409-417.
- (10) Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. Lancet 2006; 367:1487-1494.
- (11) Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. Int J Epidemiol 2006; 35(3):706-718.
- (12) Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet 2005; 365:1147-1152.
- (13) WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (14) Yasmin S, Osrin D, Paul E, Costello A. Neonatal mortality of low-birth-weight infants in Bangladesh. Bull World Health Organ 2001; 79(7):608-614.
- (15) ter Kuile FO, Parise ME, Verhoeff FH, Udhayakumar V, Newman RD, van Eijk AM et al. The burden of co-infection with human immunodeficiency virus type 1 and malaria in pregnant women in sub-Saharan Africa. Am J Trop Med Hyg 2004; 71(2 Suppl):41-54.
- (16) Ulizzi L, Zonta LA. Sex ratio and selection by early mortality in humans: fifty-year analysis in different ethnic groups. Human Biology 1994; 66(6):1037-1048.
- (17) Nielsen BB, Liljestrand J, Hedegaard M, Thilsted SH, Joseph A. Reproductive pattern, perinatal mortality, and sex preference in rural Tamil Nadu, south India: community based, cross sectional study. BMJ 1997; 314:1521-1524.
- (18) Baiden F, Hodgson A, Adjui M, Adongo P, Ayaga B, Binka F. Trend and causes of neonatal mortality in the Kassena-Nankana district of northern Ghana, 1995-2002. Trop Med Int Health 2006; 11(4):532-539.
- (19) Greenwood AM, Greenwood BM, Bradley AK, Williams K, Shenton FC, Tulloch S et al. A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. Bull World Health Organ 1987; 65(5):635-643.
- (20) Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. Wkly Epidemiol Rec 2006; 81(4):34-39.
- (21) Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. Bull World Health Organ 2005; 83(6):409-417.
- (22) Thompson CM, Puterman AS, Linley LL, Hann FM, van der Elst CW, Molteno CD et al. The value of a scoring system for hypoxic ischaemic encephalopathy in predicting neurodevelopmental outcome. Acta Paediatr 1997; 86(7):757-761.
- (23) Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ 2005; 331(7525):1107.
- (24) Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet 2005; 365(9463):977-988.
- (25) Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. Int J Epidemiol 2006; 35(3):706-718.
- (26) Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? Lancet 2005; 365:2193-2200.

- (27) Barlow JL, Mung'Ala-Odera V, Gona J, Newton CR. Brain damage after neonatal tetanus in a rural Kenyan hospital. Trop Med Int Health 2001; 6(4):305-308.
- (28) Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease. Acta Paediatr Suppl 2004; 93(446):26-33.
- (29) Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Menga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006; 117(3):e380-e386.
- (30) Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. Lancet 2006; 368:1077-1087.

Secção II - Os serviços continuados de saúde materna, neonatal e infantil

- (1) Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet 2005; 365:891-900.
- (2) WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (3) Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. Int J Gynaecol Obstet 1996; 54(1):1-10.
- (4) Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ 2005; 331:1107.
- (5) World Bank. World development report 2007: development and the next generation. 2006. Forthcoming.
- (6) PMNCH. Conceptual and institutional framework for the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH). 2006.
- (7) de Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Household to home continuum of maternal and newborn care. 2005. Baltimore, Maryland: The ACCESS Program, JHPIEGO.
- (8) Tinker A, Hooper-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. Lancet 2005; 365:822-825.
- (9) WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- (10) Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003; 362(9377):65-71.
- (11) Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet 2005; 365:977-988.
- (12) Campbell O, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006. In press.
- (13) Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyan G, Fogstad H, Waleign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. Lancet 2005; 365(9464):1087-1098.
- (14) Lawn JE, Zupan J, Begkoyan G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. Disease Control Priorities. 2 ed. 2006. The World Bank and the National Institutes of Health.
- (15) Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys. Int J Gynaecol Obstet 2005; Suppl. 1:S7-S24.
- (16) WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. 2006. World Health Organization.
- (17) Gamble C, Ekwari JP, ter Kuile FO. Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2006; 2(CD003755).
- (18) Lawn JE, Cousens S, Darmstadt GL, Martines J, Paul V, Bhutta Z et al. The Executive Summary of The Lancet Neonatal Survival Series. 2005.
- (19) World Bank. The world development report 2004: making services work for the poor. 2004. Washington, DC: The World Bank.
- (20) Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? Lancet 2005; 365:2193-2200.
- (21) Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. BMJ 2005; 331:1107.

Secção III Capítulo I - Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez

- ⁽²²⁾ Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- ⁽²³⁾ Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006.
- ⁽²⁴⁾ WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁵⁾ Lawn JE, Tinker A, Munjanja S, Cousens S. Where is maternal and child health now? *Lancet* 2006; Published online September 28, 2006. (<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/0140-6736/PIIS0140673606693872.pdf>).
- ⁽²⁶⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽²⁷⁾ Gwatkin D, Bhuiya A, Victoria CG. Making Health Systems More Equitable. *Lancet* 2004;(364):1273-1290.
- ⁽²⁸⁾ Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362:233-241.
- ⁽²⁹⁾ Victora CG, Fenn DB, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet* 2005; 366:1460-1466.
- ⁽³⁰⁾ Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- ⁽³¹⁾ UNFPA. State of the world's population 2005. 2005. United Nations Population Fund.
- ⁽³²⁾ Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan* 2001; 16(1):29-34.
- ⁽³³⁾ Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- ⁽³⁴⁾ Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(4):34-39.
- ⁽³⁵⁾ Lovich R, Rubardt M, Fagan D, Powers M. Partnership defined quality: a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement. 1996. Washington, DC, Save the Children.
- ⁽³⁶⁾ Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. 2006. *The Lancet*. In press.
- ⁽³⁷⁾ Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- ⁽³⁸⁾ O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 3(1):9-14.
- ⁽³⁹⁾ Gonzales F, Arteaga E, Howard-Grabman L. Scaling up the Warmi project: lessons learned, mobilizing Bolivian communities around reproductive health. 1998. Washington, DC: Save the Children.
- ⁽⁴⁰⁾ Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- ⁽⁴¹⁾ Darmstadt GL, Kumar V, Yadav R, Singh V, Singh P, Mohanty S et al. Introduction of community-based skin-to-skin care in rural Uttar Pradesh, India. *J Perinatol* 2006.
- ⁽⁴²⁾ Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- ⁽⁴³⁾ UNICEF. Child survival. 2006. (http://www.unicef.org/health/index_childsurvival.html. Accessed 8 August 2006).
- ⁽⁴⁴⁾ WHO. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁴⁵⁾ Pattinson RC. Challenges in saving babies – avoidable factors, missed opportunities and substandard care in perinatal deaths in South Africa. *S Afr Med J* 2003; 93(6):450-455.
- ⁽⁴⁶⁾ Save the Mothers. The Kiboga Safe Motherhood Initiative: A joint initiative between The Association of Obstetricians and Gynaecologists of Uganda and The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 2003.
- ⁽⁴⁷⁾ WHO. Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. Joint WHO/UNAIDS/UNFPA policy statement. 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁴⁸⁾ Save the Children. State of the World's Mothers 2005: the promise and power of girls' education. 2005. Washington, DC: Save the Children.
- ⁽⁴⁹⁾ Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835-1841.
- ⁽⁵⁰⁾ Save the Children. State of the World's Mothers 2004: children having children. 2004. Washington, DC: Save the Children.
- ⁽⁵¹⁾ Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):342-349.
- ⁽⁵²⁾ Pojda J, Kelley LM, editors. Low Birth Weight: Report of a meeting. Geneva, Switzerland: ACC/SCN in collaboration with ICCDR; 2000.
- ⁽⁵³⁾ Ceasay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, Weaver LT, Poskitt EM et al. Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5 year randomised controlled trial. *BMJ* 1997; 315:786-790.
- ⁽⁵⁴⁾ UNFPA. State of the World's Population 2005. United Nations Population Fund; 2005.
- ⁽⁵⁵⁾ Basu AM, Stephenson R. Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing. *Soc Sci Med* 2005; 60(9):2011-2023.
- ⁽⁵⁶⁾ Save the Children. State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns. 2006. Washington, DC: Save the Children.
- ⁽⁵⁷⁾ WHO. Neonatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁵⁸⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. New York: UNICEF; 2005.
- ⁽⁵⁹⁾ WHO. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta: World Health Organization (www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, accessed 15 September 2006); 1997.
- ⁽⁶⁰⁾ Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 15 September 2006).
- ⁽⁶¹⁾ Pathfinder International. Creating partnerships to prevent early marriage in the Amhara region. 2006.
- ⁽⁶²⁾ Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- ⁽⁶³⁾ Population Reference Bureau. The World's Youth. BRIDGE Project; 2006.
- ⁽⁶⁴⁾ The Alan Guttmacher Institute. Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives. 1998. New York: Alan Guttmacher Institute.
- ⁽⁶⁵⁾ Ross JA, Winfrey W. Contraceptive Use, Intention to Use and Unmet Need During the Extended Post-Partum Period. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(1).
- ⁽⁶⁶⁾ WHO. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁶⁷⁾ Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006; 295(15):1809-1823.
- ⁽⁶⁸⁾ Conde-Agudelo A, Belizan JM, Berman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1: S34-S40.
- ⁽⁶⁹⁾ Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 Suppl 1:S7-24. Epub; 2005 Jan 26:S7-24.
- ⁽⁷⁰⁾ UNICEF. Facts for life. 3 ed. New York: United Nations Children's Fund (<http://www.unicef.org/fll/text.htm>); 2002.
- ⁽⁷¹⁾ WHO, UNFPA. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. 2006. Geneva, World Health Organization.
- ⁽⁷²⁾ Fuchs N. Priorities for Family Planning and HIV/AIDS Integration. (<http://www.maqweb.org/techbriefs/tb11integration.shtml>, accessed 17 August 2006).

- ⁽²⁷⁾ King R, Estey J, Allen S, Kegeles S, Wolf W, Valentine C et al. A family planning intervention to reduce vertical transmission of HIV in Rwanda. *AIDS* 1995; 9 Suppl 1:S45-S51.
- ⁽²⁸⁾ Stover J, Dougherty L, Hamilton M. Are cost savings incurred by offering family planning services at emergency plan HIV/AIDS care and treatment facilities? USAID/Policy Project; 2006.
- ⁽²⁹⁾ Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004; 364:1365-1370.
- ⁽³⁰⁾ Center for Research on Environment, Health, and Population Activities (CREHPA). Determining an effective and replicable communication-based mechanism for improving young couples' access to and use of reproductive health information and services in Nepal – an operations research study. 2004. USAID (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Nepal_Small%20Grant.pdf, accessed 17 August 2006.)

Secção III Capítulo 2 - Controlo Pré-Natal

- ⁽¹⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁾ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- ⁽³⁾ De Bernis L, Dumont A, Bouillin D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier-Colle MH. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *BJOG* 2000; 107(1):68-74.
- ⁽⁴⁾ Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367:1835-1841.
- ⁽⁵⁾ Ryan D, Milis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2005; 51:1087-1093.
- ⁽⁶⁾ Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- ⁽⁷⁾ WHO. Perinatal and neonatal mortality for the year 2000: Country, regional and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁸⁾ Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367:1487-1494.
- ⁽⁹⁾ Tinker A, Hooper-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. A continuum of care to save newborn lives. *Lancet* 2005; 365:822-825.
- ⁽¹⁰⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365(9463):977-988.
- ⁽¹¹⁾ Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525):1107.
- ⁽¹²⁾ Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci* 2006; 1-12.
- ⁽¹³⁾ Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1565-1570.
- ⁽¹⁴⁾ Langer A, Nigenda G, Romero M, Rojas G, Kuchaisit C, Al-Osimi M et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 Suppl 2:98-115.
- ⁽¹⁵⁾ ACCESS Program. Focused antenatal care: providing integrated, individualized care during pregnancy (Draft technical brief). 2006.
- ⁽¹⁶⁾ WHO. Standards for maternal and neonatal care. Provision of effective antenatal care. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.6N.pdf. Accessed 23 October 2006)
- ⁽¹⁷⁾ Villar J, Baaqeal H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Belizan J, Farnot U et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1551-1564.
- ⁽¹⁸⁾ Munjanja SP, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348:364-369.
- ⁽¹⁹⁾ von Both C, Flessa S, Makuwani A, Mpembeni R, Jahn A. How much time do health services spend on antenatal care? Implications for the introduction of the focused antenatal care model in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6(1):22.
- ⁽²⁰⁾ WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- ⁽²¹⁾ Homer CS, Davis GK, Everitt LS. The introduction of a woman-held record into a hospital antenatal clinic: the bring your own records study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39(1):54-57.
- ⁽²²⁾ Brown HC, Smith HJ. Giving women their own case notes to carry during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD002856.
- ⁽²³⁾ Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- ⁽²⁴⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽²⁵⁾ Population Reference Bureau. The Wealth Gap in Health. 2004. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- ⁽²⁶⁾ UNICEF. Antenatal care. 2006. (<http://www.childinfo.org/areas/antenatal/>. Accessed 10 September 2006.)
- ⁽²⁷⁾ Manongi RN, Marchant TC, Bygbjerg IC. Improving motivation among primary health care workers in Tanzania: a health worker perspective. *Hum Resour Health* 2006; 4:6.
- ⁽²⁸⁾ Save the Children. An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries. 2005. London: Save the Children UK.
- ⁽²⁹⁾ Hodnett ED et al. Continuous support for women during childbirth. (Cochrane Review) In the Cochrane Library, Issue 1, 2005. Chichester, John Wiley & Sons.
- ⁽³⁰⁾ Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bull World Health Organ* 2004; 82(6):402-409.
- ⁽³¹⁾ Site assessment and strengthening for maternal and newborn health programs. Blouse A, Gomez P, Kinzie B, editors. 2004. Baltimore, Maryland: JHPIEGO.

Secção III Capítulo 3 - Assistência ao parto

- ⁽¹⁾ Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- ⁽²⁾ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- ⁽³⁾ Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy Plan* 2003; 18(4):383-390.
- ⁽⁴⁾ 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 7: Neonatal resuscitation. *Resuscitation* 2005; 67(2-3):293-303.
- ⁽⁵⁾ Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994; 38(8):1091-1110.
- ⁽⁶⁾ Pattinson R, Woods D, Greenfield D, Velaphi S. Improving survival rates of newborn infants in South Africa. *Reprod Health* 2005; 2(1):4.
- ⁽⁷⁾ Pattinson RC. Why babies die – a perinatal care survey of South Africa, 2000-2002. *S Afr Med J* 2003; 93(6):445-450.
- ⁽⁸⁾ WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. *World Health Report 2005: make every mother and child count*. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁹⁾ Making Pregnancy Safer. The critical roles of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- ⁽¹⁰⁾ Opiyo N, English M. Newborn resuscitation: defining best practice for low income settings. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2006; 100:899-908.
- ⁽¹¹⁾ Saugstad OD. Resuscitation of newborn infants with room air or oxygen. *Semin Neonatol* 2001; 6(3):233-239.
- ⁽¹²⁾ Mahomed K, Nyoni R, Mlambo T, Jacobus E, Kasule J. Intrapartum foetal heart rate monitoring-continuous electronic versus intermittent doppler – a randomised controlled trial. *Cent Afr J Med* 1992; 38(12):458-462.
- ⁽¹³⁾ Buchmann EJ, Pattinson RC, Nyathikazi N. Intrapartum-related birth asphyxia in South Africa – lessons from the first national perinatal care survey. *S Afr Med J* 2002; 92(11):897-901.
- ⁽¹⁴⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁵⁾ UNICEF, UNFPA, WHO. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. 1997. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽¹⁶⁾ WHO. Technical consultation on guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services, summary report. 20-22 June 2006. Geneva, WHO Department of Reproductive Health and Research in collaboration with UNFPA, UNICEF and AMDD.

- ⁽¹⁷⁾ WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. Geneva, Switzerland: WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- ⁽¹⁸⁾ Peterson S, Nsungwa-Sabiiti J, Were W, Nsabagasani X, Magumba G, Namboze J et al. Coping with paediatric referral – Ugandan parents' experience. *Lancet* 2004; 363:1955-1956.
- ⁽¹⁹⁾ Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- ⁽²⁰⁾ Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- ⁽²¹⁾ Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- ⁽²²⁾ Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- ⁽²³⁾ Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A. Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69383-5.
- ⁽²⁴⁾ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- ⁽²⁵⁾ Buckens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ* 2003; 326:136.
- ⁽²⁶⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽²⁷⁾ WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁸⁾ Da Luz Vaz M, Bergstrom S. Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38 Suppl:S37-9.:S37-S39.
- ⁽²⁹⁾ Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- ⁽³⁰⁾ Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
- ⁽³¹⁾ Gottret PB, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. 2006. Washington, DC: World Bank.
- ⁽³²⁾ Meessen B, Musango L, Kashala JP, Lemlin J. Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(8):1303-1317.
- ⁽³³⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- ⁽³⁴⁾ Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- ⁽³⁵⁾ Ahluwalia I, Kouletio M, Curtis K, Schmid T. Community empowerment: CDC collaboration with the CARE community-based reproductive health project in two districts in Tanzania. *J Womens Health Gender-based Med* 1999; 8:1015-1019.
- ⁽³⁶⁾ WHO. Maternity waiting homes: a review of experiences. 1996. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/96.21)
- ⁽³⁷⁾ Chandramohan D, Cutts F, Millard P. The effect of stay in a maternity waiting home on perinatal mortality in rural Zimbabwe. *J Trop Med Hyg* 1995; 98(4):261-267.
- ⁽³⁸⁾ Walker D, McDermott JM, Fox-Rushby J, Tanjung M, Nadjib M, Widiatmoko D et al. An economic analysis of midwifery training programmes in South Kalimantan, Indonesia. *Bull World Health Organ* 2002; 80(1):47-55.
- ⁽³⁹⁾ Warren C. Repositioning Postpartum Care in Kenya. 2005. Nairobi, Kenya: Population Council.
- ⁽⁴⁰⁾ Janowitz B, Wallace S, Araujo G, Araujo L. Referrals by traditional birth attendants in northeast Brazil. *Am J Public Health* 1985; 75(7):745-748.
- ⁽⁴¹⁾ Janowitz B, Bailey P, Dominik RC, Araujo L. TBAs in Northeast Brazil: referral patterns and perinatal mortality. *Health Policy and Planning* 1988; 3(1):48-58.
- ⁽⁴²⁾ Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com>. Accessed 10 October 2006)
- ⁽⁴³⁾ WHO. Reproductive health indicators – guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁴⁴⁾ Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Care of the newborn: reference manual. 2004. Save the Children.
- ⁽⁴⁵⁾ WHO. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁴⁶⁾ World Bank. Making services work for poor people: world development report: 2004. Washington, DC: TheWorld Bank.
- ⁽⁴⁷⁾ Kumar R. Effectiveness of training traditional birth attendants for management of asphyxia neonatorum using resuscitation equipment. *Prenatal and Neonatal Medicine* 1998; 3(2):225-260.

Secção III - Capítulo 4 - Controlo Pós-Natal

- ⁽¹⁾ Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):1-10.
- ⁽²⁾ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- ⁽³⁾ European HIV in Obstetrics Group. Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery. *AIDS* 2004; 18(6):933-938.
- ⁽⁴⁾ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- ⁽⁵⁾ Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- ⁽⁶⁾ Shisana O, Simbayi L, Nelson Mandela/HSRC Study of HIV/AIDS: South African National HIV Prevalence Behavioral Risks and Mass Media Household Survey. 2002. Cape Town, South Africa: Human Sciences Research Council.
- ⁽⁷⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁸⁾ Warren C. Repositioning Postpartum Care in Kenya. 2005. Nairobi, Kenya: Population Council.
- ⁽⁹⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- ⁽¹⁰⁾ WHO. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Report of a technical working group. 1998. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/98.3)
- ⁽¹¹⁾ WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. Geneva, Switzerland: WHO, Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- ⁽¹²⁾ UNICEF. Saving Newborn Lives/Save the Children – US. Strategic guidance note on the newborn (Draft). 2006.
- ⁽¹³⁾ Dragovich D, Tamburlini G, Alisjahbana A, Kambarami R, Karagulova J, Lincetto O et al. Thermal control of the newborn: knowledge and practice of health professional in seven countries. *Acta Paediatr* 1997; 86(6):645-650.
- ⁽¹⁴⁾ Ross JA, Winfrey W. Contraceptive Use, Intention to use and unmet need during the extended post-partum period. *International Family Planning Perspectives* 2001; 27(1).
- ⁽¹⁵⁾ Rabinovitz LM, Landry E. Postpartum contraception: perspectives from clients and providers in six countries. *AVSC News* 1991; 29(4):3-4.
- ⁽¹⁶⁾ Joint WHO/UNAIDS/UNFPA statement: Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. 2000.
- ⁽¹⁷⁾ Grimes D, Schulz K, Van VH, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices: a Cochrane review. *Hum Reprod* 2002; 17(3):549-554.
- ⁽¹⁸⁾ WHO, UNICEF. Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁹⁾ Stanton C, Blanc AK, Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci* 2006; 1-12.
- ⁽²⁰⁾ Mohamed SA, Kamel MA, Shaaban OM, Salem HT. Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. *Med Princ Pract* 2003; 12(3):170-175.
- ⁽²¹⁾ Ransjo-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N, Eriksson B, Susu B, Christensson K et al. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(6):385-391.
- ⁽²²⁾ Hundt GL, Beckerleg S, Kassem F, bu Jafar AM, Belmaker I, Abu SK et al. Women's health custom made: building on the 40 days postpartum for Arab women. *Health Care Women Int* 2000; 21(6):529-542.
- ⁽²³⁾ Koblinsky MA. Community-based postpartum care: An urgent unmet need. 2005. USAID, Catalyst Consortium.

- (24) Bang AT, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB, Bang RA. Neonatal and infant mortality in the ten years (1993 to 2003) of the Gadchiroli field trial: effect of home-based neonatal care. *J Perinatol* 2005; 25 Suppl 1:S92-107.
- (25) Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- (26) Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- (27) Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- (28) Lim S, Adam T, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- (29) Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *The Lancet*. In press 2006.
- (30) Sibley L, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence. *Soc Sci Med* 2004; 59(8):1757-1768.
- (31) Gennaro S, Dugyi E, Doud JM, Kershbaumer R. Health promotion for childbearing women in Rubanda, Uganda. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002; 16(3):39-50.
- (32) Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". *Bull World Health Organ* 2006; 84(2):90-96.
- (33) Bulut A, Turan JM. Postpartum family planning and health needs of women of low income in Istanbul. *Stud Fam Plann* 1995; 26(2):88-100.
- (34) WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- (35) Lugina HI, Lindmark G, Johansson E, Christensson K. Tanzanian midwives' views on becoming a good resource and support person for postpartum women. *Midwifery* 2001; 17(4):267-278.
- (36) Schneider A. How quality improvement in health care can help to achieve the Millennium Development Goals. *Bull World Health Organ* 2006; 84(4):259.
- (37) Neena Khadka. Increasing access to quality postnatal care: findings from PNC project in Nepal. 2005. Save the Children.
- (38) Save the Children. State of the World's Mothers 2006: saving the lives of mothers and newborn. 2006. Washington, DC, Save the Children.
- (39) Sibanda JQ, Saungweme I, Nleya C, Mutiyambizi MP, Rutgers RA. Post natal care in Bubi district deserves more attention. *Cent Afr J Med* 2001; 47(4):103-108.
- (40) Adinma JI, Agbai AO, Nwosu BO. Contraceptive choices among Nigerian women attending an antenatal clinic. *Adv Contracept* 1998; 14(2):131-145.
- (41) Horton R. The coming decade for global action on child health. *Lancet* 2006; 367:3-5.
- (42) Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com>. Accessed 10 October 2006)
- (6) Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health* 2004; 94(3):406-415.
- (7) Bryce J, Victora CG. Ten methodological lessons from the multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i94-i105.
- (8) Chopra M, Patel S, Cloete K, Sanders D, Peterson S. Effect of an IMCI intervention on quality of care across four districts in Cape Town, South Africa. *Arch Dis Child* 2005; 90(4):397-401.
- (9) Pariyo GW, Gouws E, Bryce J, Burnham G. Improving facility-based care for sick children in Uganda: training is not enough. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i58-i68.
- (10) Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJ, Cunha AL, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20 Suppl 2:S209-S219.
- (11) Schellenberg JA, Victora CG, Mushi A, de Savigny D, Schellenberg D, Mshinda H et al. Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania. *Lancet* 2003; 361:561-566.
- (12) Weber MW, Carlin JB, Gatchalian S, Lehmann D, Muhe L, Mulholland EK. Predictors of neonatal sepsis in developing countries. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(8):711-717.
- (13) Weber M. Young infants II study group. Clinical predictors of severe illness in 0-6 and 7-59 day old infants. 2006.
- (14) Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- (15) WHO. HIV and infant feeding: guidelines for decision makers. Geneva: World Health Organization. 2003.
- (16) WHO. HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors. Geneva: World Health Organization. 2003.
- (17) Lucas J, Jitta J, Jones G, Wilczynska-Ketenda K. Implementing the household & community component of IMCI in the Eastern and Southern Region (ESAR): A state of the art review of the human rights based approach to programming in the context of accelerated child survival. New York: UNICEF; 2005.
- (18) Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- (19) Daga SR, Daga AS, Dighole RV, Patil RP. Anganwadi worker's participation in rural newborn care. *Indian J Pediatr* 1993; 60(5):627-630.
- (20) Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-556.
- (21) Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- (22) Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; 331:1107.
- (23) Sen A, Mahalanabis D, Singh AK, Som TK, Bandyopadhyay S. Development and effects of a neonatal care unit in rural India. *Lancet* 2005; 366:27-28.
- (24) WHO. Management of newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. 2003. Geneva, WHO. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC).
- (25) Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(4):CD002771.
- (26) Armstrong Schellenberg JR, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet* 2004; 364:1583-1594.
- (27) Lawn JE, Cousens SN, Darmstadt GL, Bhutta ZA, Martinez J, Paul V et al. 1 year after The Lancet Neonatal Survival Series--was the call for action heard? *Lancet* 2006; 367:1541-1547.

Secção III Capítulo 5 - Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

- (1) Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- (2) UNICEF. State of the World's Children 2006. New York: The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2005.
- (3) Armstrong SJ, Bryce J, de Savigny D, Lambrechts T, Mbuya C, Mgalula L et al. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy Plan* 2004; 19(1):1-10.
- (4) el Arifeen S, Blum LS, Hoque DM, Chowdhury EK, Khan R, Black RE et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study. *Lancet* 2004; 364(9445):1595-1602.
- (5) Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Black RE, Scherpbier RW. Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan* 2005; 20 Suppl 1:i5-i17.

Secção III Capítulo 6 - Promoção da nutrição e da amamentação

- ⁽¹⁾ Huffman SL, Zehner ER, Harvey P, Martin L. Essential health sector actions to improve maternal nutrition in Africa. 2001. Regional Centre for Quality of Care and LINKAGES Project. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽²⁾ Mason J, Bailes A, Beda-Andourou M, Copeland N, Curtis T, Deitchler M et al. Recent trends in malnutrition in developing regions: vitamin A deficiency, anemia, iodine deficiency, and child underweight. *Food Nutr Bull* 2005; 26(1):59-108.
- ⁽³⁾ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- ⁽⁴⁾ Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black MM. Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet* 2002; 359:564-571.
- ⁽⁵⁾ de Onis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bull World Health Organ* 2000; 78(10):1222-1233.
- ⁽⁶⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽⁷⁾ de Onis M, Blossner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. *JAMA* 2004; 291(21):2600-2606.
- ⁽⁸⁾ Stoltzfus R, Mullany L, Black R. Iron deficiency anemia. In: Ezziati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. 2004. Geneva: World Health Organization. 163-209.
- ⁽⁹⁾ Diene S. The essential nutrition actions. *HealthLink* 2003;(124).
- ⁽¹⁰⁾ WHO, UNICEF. The global strategy for infant and young child feeding. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹¹⁾ Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365(9478):2193-2200.
- ⁽¹²⁾ Fishman S, Caulfield LE, de Onis M, Blossner M, Hyder AA, Mullany L, et al. Comparative risk assessment: Underweight status. In: Ezziati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C, editors. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹³⁾ LINKAGES Project. Facts for feeding: birth, initiation of breastfeeding, and the first seven days after birth. 2003. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽¹⁴⁾ Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, munga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-e386.
- ⁽¹⁵⁾ Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
- ⁽¹⁶⁾ Edmond KM, Bahl R, Taiwah-Agyemang, Lawn JE, Kirkwood BR. Breast is still best: new evidence of the potential to save at least 1.4 million lives. Commonwealth Health Ministers Reference Book 2006. 2006.
- ⁽¹⁷⁾ WHO Collaborative group. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Lancet* 2000; 355:451-455.
- ⁽¹⁸⁾ Huffman SL, Zehner ER, Victora C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery* 2001; 17(2):80-92.
- ⁽¹⁹⁾ WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2000. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). Geneva, Switzerland: World Health Organization. (WHO/RHR/00.7)
- ⁽²⁰⁾ WHO. Optimal feeding of the low birthweight infant guidelines (draft). 2006.
- ⁽²¹⁾ WHO. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2003. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²²⁾ LINKAGES Project. Facts for feeding: feeding low birthweight babies. 2006. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽²³⁾ LINKAGES Project. Infant feeding options in the context of HIV. 2005. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽²⁴⁾ LINKAGES Project. Experience LINKAGES: Behavior Change Communication. 2003. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽²⁵⁾ Mkenney B. Freedom from Hunger's credit with education strategy for improving nutrition security: impact evaluation results from Ghana. 1997. Sacramento, CA, Paper presented at the XII International Conference of Agricultural Economists.

- ⁽²⁶⁾ van Rheenen PF, Brabin BJ. Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialised countries: a systematic review. *Ann Trop Paediatr* 2004; 24(1):3-16.
- ⁽²⁷⁾ Aguayo VM, Roley JA, Malanze J, Meershoek SP. Opportunities for improving the quality of nutritional services in the national health system in Mozambique: findings from Manica Province. *J Trop Pediatr* 2004; 50(5):314-318.
- ⁽²⁸⁾ Deneke K, Rubin J, Franklin N, Guyon A. Prevention of mother to child transmission baseline survey Ethiopia. 2004. Addis Ababa, Ethiopia: LINKAGES Project/Ethiopia, Academy for Educational Development.
- ⁽²⁹⁾ UNICEF. The baby-friendly hospital initiative. 2006. (www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm). Accessed 10 September 2006.).
- ⁽³⁰⁾ Semega-Janneh I. Breastfeeding: from biology to policy. The second Abraham Horwitz lecture. SCN annual session. Oslo, Norway, 1998.
- ⁽³¹⁾ Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353(9160):1226-1231.
- ⁽³²⁾ Green C. Improving Breastfeeding Behaviors: Evidence from two decades of intervention research. 1999. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- ⁽³³⁾ WHO. Africa's newborns: the forgotten children. 2002. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
- ⁽³⁴⁾ Schubert JW, Martin LH. Seeing is believing: mobilizing community support for breastfeeding in Ghana. *Nutrition* 2006; 2:5-7.
- ⁽³⁵⁾ Quinn VJ, Guyon AB, Schubert JW, Stone-Jimenez M, Hainsworth MD, Martin LH. Improving breastfeeding practices on a broad scale at the community level: success stories from Africa and Latin America. *J Hum Lact* 2005; 21(3):345-354.

Secção III Capítulo 7 - Programas de prevenção da transmissão vertical do VIH/SIDA de mãe para filho

- ⁽¹⁾ UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. 2006. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- ⁽²⁾ European HIV in Obstetrics Group. Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery. *AIDS* 2004; 18(6):933-938.
- ⁽³⁾ Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *BJOG* 2005; 112(9):1257-1263.
- ⁽⁴⁾ Ahmed Y, Mwaba P, Chintu C, Grange JM, Ustianowski A, Zumla A. A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3(8):675-680.
- ⁽⁵⁾ Temmerman M, Plummer FA, Mirza NB, Ndinya-Achola JO, Wamola IA, Nagelkerke N et al. Infection with HIV as a risk factor for adverse obstetrical outcome. *AIDS* 1990; 4(11):1087-1093.
- ⁽⁶⁾ Bulterys M, Chao A, Munyemana S, Kurawige JB, Nawrocki P, Habimana P et al. Maternal human immunodeficiency virus 1 infection and intrauterine growth: a prospective cohort study in Butare, Rwanda. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13(2):94-100.
- ⁽⁷⁾ Braddick MR, Kreiss JK, Embree JB, Datta P, Ndinya-Achola JO, Pamba H et al. Impact of maternal HIV infection on obstetrical and early neonatal outcome. *AIDS* 1990; 4(10):1001-1005.
- ⁽⁸⁾ Embree JE, Njenga S, Datta P, Nagelkerke NJ, Ndinya-Achola JO, Mohammed Z et al. Risk factors for postnatal mother-child transmission of HIV-1. *AIDS* 2000; 14(16):2535-2541.
- ⁽⁹⁾ Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340:585-588.
- ⁽¹⁰⁾ Mofenson LM, Lambert JS, Stichm ER, Bethel J, Meyer WA, III, Whitehouse J et al. Risk factors for perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 in women treated with zidovudine. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Study 185 Team. *N Engl J Med* 1999; 341(6):385-393.
- ⁽¹¹⁾ Doherty T, Chopra M, Nkonki L, Jackson D, Greiner T. Effect of the HIV epidemic on infant feeding in South Africa: "When they see me coming with the tins they laugh at me". *Bull World Health Organ* 2006; 84(2):90-96.
- ⁽¹²⁾ Rollins N, Willumsen J. Evaluation of infant feeding practices by mothers at PMTCT and non-PMTCT sites in Botswana. Botswana PMTCT advisory group, Botswana Food and Nutrition Unit, Ministry of Health, Botswana. 2001. UNICEF Botswana.
- ⁽¹³⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁴⁾ Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365:1147-1152.

- ⁽¹⁵⁾ Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29(5):484-494.
- ⁽¹⁶⁾ Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004; 364:1236-1243.
- ⁽¹⁷⁾ WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁸⁾ Ayisi JG, Van Eijk AM, Newman RD, ter Kuile FO, Shi YP, Yang C et al. Maternal malaria and perinatal HIV transmission, western Kenya. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(4):643-652.
- ⁽¹⁹⁾ Ayisi JG, Van Eijk AM, ter Kuile FO, Kolczak MS, Otieno JA, Misore AO et al. The effect of dual infection with HIV and malaria on pregnancy outcome in western Kenya. *AIDS* 2003; 17(4):585-594.
- ⁽²⁰⁾ Pillay T, Khan M, Moodley J, Adhikari M, Coovadia H. Perinatal tuberculosis and HIV-1: considerations for resource-limited settings. *Lancet Infect Dis* 2004; 4(3):155-165.
- ⁽²¹⁾ Khan M, Pillay T, Moodley JM, Connolly CA. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS* 2001; 15(14):1857-1863.
- ⁽²²⁾ Watson-Jones D, Chagalucha J, Gumodoka B, Weiss H, Rusizoka M, Ndeki L et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. *J Infect Dis* 2002; 186(7):940-947.
- ⁽²³⁾ Ahmad H, Mehta NJ, Manikil VM, Lamoste TJ, Chapnick EK, Lutwick LI et al. *Pneumocystis carinii* pneumonia in pregnancy. *Chest* 2001; 120(2):666-671.
- ⁽²⁴⁾ Kumar RM, Uduman SA, Khurana AK. Impact of pregnancy on maternal AIDS. *J Reprod Med* 1997; 42(7):429-434.
- ⁽²⁵⁾ Lallemand M, Jourdain G, Le CS, Mary JY, Ngo-Giang-Huong N, Koetsawang S et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. *N Engl J Med* 2004; 351(3):217-228.
- ⁽²⁶⁾ Lim WS, Macfarlane JT, Colthorpe CL. Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections during pregnancy. *Am J Respir Med* 2003; 2(3):221-233.
- ⁽²⁷⁾ St Louis ME, Kamenga M, Brown C, Nelson AM, Manzila T, Batter V et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic, and placental factors. *JAMA* 1993; 269(22):2853-2859.
- ⁽²⁸⁾ WHO. Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS. Report of a technical consultation. 13-15 May 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁹⁾ WHO. Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽³⁰⁾ Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283(9):1167-1174.
- ⁽³¹⁾ WHO. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽³²⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽³³⁾ Tanzania report. 2005. Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation and Engender Health. Dec-Jan 2005.
- ⁽³⁴⁾ Manzi M, Zachariah R, Teck R, Buhendwa L, Kazima J, Bakali E et al. High acceptability of voluntary counselling and HIV-testing but unacceptable loss to follow up in a prevention of mother-to-child HIV transmission programme in rural Malawi: scaling-up requires a different way of acting. *Trop Med Int Health* 2005; 10(12):1242-1250.
- ⁽³⁵⁾ Kagaayi J, Dreyfuss ML, Kigozi G, Chen MZ, Wabwire-Mangen F, Serwadda D et al. Maternal self-medication and provision of nevirapine to newborns by women in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39(1):121-124.
- ⁽³⁶⁾ WHO, UNICEF. The global strategy for infant and young child feeding. 2003. Geneva, World Health Organization.
- ⁽³⁷⁾ Narayanan I, Bagchi A, Rose M, Hessler-Radelet C, Kramer C. Safeguarding investment in PMTCT programs by incorporating essential newborn care. 2004. Arlington, Virginia, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II).
- ⁽³⁸⁾ WHO. Technical consultation on the integration of HIV interventions into maternal, newborn, and child health services. Report of a meeting, 5-7 April 2006. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽³⁹⁾ WHO mission reports. Integration of HIV/AIDS with reproductive health and child health services using PMTCT as an entry point, Uganda and Mozambique. 2004. WHO regional office for Africa.
- ⁽⁴⁰⁾ Sweat M, O'Reilly K, Schmid G, Denison J, de Zoysa I. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004; 18(12):1661-1671.
- ⁽⁴¹⁾ Msaky H, et al. Scaling the Frontier: Traditional Birth Attendant Involvement in PMTCT Service Delivery in Hai and Kilombero District of Tanzania. 2004. Bangkok XV International AIDS Conference.
- ⁽⁴²⁾ Mahomva A, Miller A. Integrating HIV-related information into routine family and child health service systems: the Zimbabwe experience. 2004. National Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe; the Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation, Zimbabwe; and USAID/Zimbabwe.
- ⁽⁴³⁾ Gichangi P. Scaling Up Interventions for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV in Zambia: Best Practices. 2005. WHO regional office for Africa.
- ⁽⁴⁴⁾ Bweupe M. Integration of HIV interventions in maternal, newborn, and child care services in Zambia: country experience. April 5-7, 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Seção III Capítulo 8 - Programas de monitorização da malária

- ⁽¹⁾ Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, Korenromp EL, Schellenberg JR, Stein C et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):691-704.
- ⁽²⁾ Worrall E, Rietveld A, Delacollette C. The burden of malaria epidemics and cost-effectiveness of interventions in epidemic situations in Africa. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(2 Suppl):136-140.
- ⁽³⁾ Bouyou-Akotet MK, Ionete-Collard DE, Mabika-Manfoumbi M, Kendjo E, Matsiegui PB, Mavoungou E et al. Prevalence of *Plasmodium falciparum* infection in pregnant women in Gabon. *Malar J* 2003; 2:18.
- ⁽⁴⁾ Shulman CE, Marshall T, Dorman EK, Bulmer JN, Cutts F, Peshu N et al. Malaria in pregnancy: adverse effects on haemoglobin levels and birthweight in primigravidae and multigravidae. *Trop Med Int Health* 2001; 6(10):770-778.
- ⁽⁵⁾ Abrams ET, Kwick JJ, Mwapasa V, Kamwendo DD, Tadesse E, Lema VM et al. Malaria during pregnancy and foetal haematological status in Blantyre, Malawi. *Malar J* 2005; 4:39.
- ⁽⁶⁾ Newman RD, Hailemariam A, Jimma D, Degifie A, Kebede D, Rietveld AE et al. Burden of malaria during pregnancy in areas of stable and unstable transmission in Ethiopia during a non-epidemic year. *J Infect Dis* 2003; 187(11):1765-1772.
- ⁽⁷⁾ Okoko BJ, Ota MO, Yamuah LK, Idiong D, Mkanam SN, Avieka A et al. Influence of placental malaria infection on foetal outcome in the Gambia: twenty years after Ian McGregor. *J Health Popul Nutr* 2002; 20(1):4-11.
- ⁽⁸⁾ McDermott JM, Slutsker L, Steketee RW, Wirima JJ, Breman JG, Heymann DL. Prospective assessment of a cohort of mortality among a cohort of pregnant women in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):66-70.
- ⁽⁹⁾ Greenwood AM, Armstrong JR, Byass P, Snow RW, Greenwood BM. Malaria chemoprophylaxis, birth weight and child survival. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1992; 86(5):483-485.
- ⁽¹⁰⁾ McDermott JM, Wirima JJ, Steketee RW, Breman JG, Heymann DL. The effect of placental malaria infection on perinatal mortality in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):61-65.
- ⁽¹¹⁾ WHO. Strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. 2004. Brazzaville, Congo, WHO Regional Office for Africa.
- ⁽¹²⁾ ter Kuile FO, Parise ME, Verhoeff FH, Udhayakumar V, Newman RD, Van Eijk AM et al. The burden of co-infection with human immunodeficiency virus type 1 and malaria in pregnant women in sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(2 Suppl):41-54.
- ⁽¹³⁾ Van Eijk AM, Ayisi JG, ter Kuile FO, Misore A, Otieno JA, Kolczak MS et al. Human immunodeficiency virus seropositivity and malaria as risk factors for third-trimester anemia in asymptomatic pregnant women in western Kenya. *Am J Trop Med Hyg* 2001; 65(5):623-630.
- ⁽¹⁴⁾ Brahmbhatt H, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Sewankambo N, Lutalo T et al. The effects of placental malaria on mother-to-child HIV transmission in Rakai, Uganda. *AIDS* 2003; 17(17):2539-2541.
- ⁽¹⁵⁾ Ayisi JG, Van Eijk AM, Newman RD, ter Kuile FO, Shi YP, Yang C et al. Maternal malaria and perinatal HIV transmission, western Kenya. *Emerg Infect Dis* 2004; 10(4):643-652.
- ⁽¹⁶⁾ Steketee RW, Wirima JJ, Hightower AW, Slutsker L, Heymann DL, Breman JG. The effect of malaria and malaria prevention in pregnancy on offspring birthweight, prematurity, and intrauterine growth retardation in rural Malawi. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55(1 Suppl):33-41.
- ⁽¹⁷⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365(9463):977-988.

- ⁽¹⁸⁾ Gamble C, Ekwaru JP, ter Kuile FO. Insecticide-treated nets for preventing malaria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD003755.
- ⁽¹⁹⁾ Curtis C, Maxwell C, Lemnge M, Kilama WL, Steketee RW, Hawley WA et al. Scaling-up coverage with insecticide-treated nets against malaria in Africa: who should pay? *Lancet Infect Dis* 2003; 3(5):304-307.
- ⁽²⁰⁾ Shulman CE, Dorman EK, Cutts F, Kawuondo K, Bulmer JN, Peshu N et al. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 1999; 353(February 20):632-636.
- ⁽²¹⁾ Parise ME, Ayisi JG, Nahlen BL, Schultz LJ, Roberts JM, Misore A et al. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 59(5):813-822.
- ⁽²²⁾ MIPESA. Assessment of malaria country experiences in the adoption and implementation of malaria in pregnancy policies: Including best practices and lessons learned. ACCESS, WHO; 2005.
- ⁽²³⁾ Guyatt HL, Noor AM, Ochola SA, Snow RW. Use of intermittent presumptive treatment and insecticide treated bed nets by pregnant women in four Kenyan districts. *Trop Med Int Health* 2004; 9(2):255-261.
- ⁽²⁴⁾ Van Eijk AM, Blokland IE, Slutsker L, Odhiambo F, Ayisi JG, Bles HM et al. Use of intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy in a rural area of western Kenya with high coverage of insecticide-treated bed nets. *Trop Med Int Health* 2005; 10(11):1134-1140.
- ⁽²⁵⁾ Holtz TH, Kachur SP, Roberts JM, Marum LH, Mkandala C, Chizani N et al. Use of antenatal care services and intermittent preventive treatment for malaria among pregnant women in Blantyre District, Malawi. *Trop Med Int Health* 2004; 9(1):77-82.
- ⁽²⁶⁾ Mbonye AK, Neema S, Magnussen P. Perceptions on use of sulfadoxine-pyrimethamine in pregnancy and the policy implications for malaria control in Uganda. *Health Policy* 2006; 77(3):279-289.
- ⁽²⁷⁾ Nganda RY, Drakeley C, Reyburn H, Marchant T. Knowledge of malaria influences the use of insecticide treated nets but not intermittent presumptive treatment by pregnant women in Tanzania. *Malar J* 2004; 3:42.
- ⁽²⁸⁾ WHO. Recommendations on the use of Sulfadoxine-Pyrimethamine (SP) for intermittent preventive treatment during pregnancy (IPT) in areas of moderate to high resistance to SP in the African Region. 2005. Harare, 27-28 October 2005., WHO Regional Office for Africa in collaboration with the Roll Back Malaria Department.
- ⁽²⁹⁾ Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2003; 81(2):116-122.
- ⁽³⁰⁾ Roll Back Malaria Partnership Working Group on Insecticide Treated Nets (WIN). Summary report of meeting on development, production and distribution of long-lasting insecticidal nets. Johannesburg, South Africa: 2004.

Secção III Capítulo 9 - Programas de vacinação

- ⁽¹⁾ WHO. The World Health Report: Make Every Mother and Child Count. 2005. Geneva, Switzerland: WHO.
- ⁽²⁾ Victora CG, Fenn DB, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. *Lancet* 2005; 366:1460-1466.
- ⁽³⁾ Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074.
- ⁽⁴⁾ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- ⁽⁵⁾ Meegan ME, Conroy RM, Lengeny SO, Renhault K, Nyangole J. Effect on neonatal tetanus mortality after a culturally-based health promotion programme. *Lancet* 2001; 358:640-641.
- ⁽⁶⁾ UNICEF, WHO and UNFPA. Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination. 2000.
- ⁽⁷⁾ WHO. WHO recommended standards for surveillance of selected vaccine preventable diseases. 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁸⁾ WHO. Maternal and neonatal tetanus elimination, issues of gross neonatal tetanus cases and deaths under-reporting in West Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. (<http://www.afro.who.int/nnt/reports/elimination.pdf>. 2001. Accessed 17 September 2006.)
- ⁽⁹⁾ Cutts F, Vynnycky E. Modeling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. *Internal Journal of Epidemiology* 1999; 28:1176-1184.
- ⁽¹⁰⁾ Lawn JE, Reef S, Baffoe-Bonnie B, Adadevoh S, Caul EO, Griffin GE. Unseen blindness, unheard deafness, and unrecorded death and disability: congenital rubella in Kumasi, Ghana. *Am J Public Health* 2000; 90(10):1555-1561.
- ⁽¹¹⁾ WHO. Rubella vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2000; 75:161-172.
- ⁽¹²⁾ WHO. Hepatitis B vaccines: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2004; 79(28):255-263.
- ⁽¹³⁾ Poliomyelitis. Fact sheet No. 114. 2003. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/>. Accessed 15 September 2006.)
- ⁽¹⁴⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: The United Nations Children's Fund.
- ⁽¹⁵⁾ WHO. Tetanus vaccine: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(20):198-208.
- ⁽¹⁶⁾ WHO. Maternal and Neonatal Tetanus elimination: Progress toward global MNT elimination. (http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html. Accessed 23 October 2006.)
- ⁽¹⁷⁾ WHO. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system – 2005 Global Summary. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁸⁾ Lawn JE, Reef S, Baffoe-Bonnie B, Adadevoh S, Caul EO, Griffin GE. Unseen blindness, unheard deafness, and unrecorded death and disability: congenital rubella in Kumasi, Ghana. *Am J Public Health* 2000; 90(10):1555-1561.
- ⁽¹⁹⁾ Delamonica E, Minujin A, Gulaid J. Monitoring equity in immunization coverage. *Bull World Health Organ* 2005; 83(5):384-391.

Secção IV - Como prestar cuidados de saúde essenciais em África a todas as mães e a todos os bebés

- ⁽¹⁾ Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006. (Available on CD)
- ⁽²⁾ Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364(9437):900-906.
- ⁽³⁾ WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽⁴⁾ The Paris Declaration. 2 March 2005. (http://www.oecd.org/document/18/0,2340,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html. Accessed 20 September 2006.)
- ⁽⁵⁾ Ndoye A, Mboup BM, Fall M, Narayanan I, Thiam A, Plowman B et al. Newborn health interventions in Senegal: the early implementation phase. Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development; 2004.
- ⁽⁶⁾ Lalonde AB, Okong P, Mugasa A, Perron L. The FIGO Save the Mothers Initiative: the Uganda-Canada collaboration. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 80(2):204-212.
- ⁽⁷⁾ Fawcus SR, van Coeverden de Groot HA, Isaacs S. A 50-year audit of maternal mortality in the Peninsula Maternal and Neonatal Service, Cape Town (1953-2002). *BJOG* 2005; 112(9):1257-1263.
- ⁽⁸⁾ Saving Babies 2001: 2nd Perinatal Care Survey of South Africa. Pattinson RC, editor. 2004. The MRC Unit for Maternal and Infant Health Care Strategies, PPIP Users, and the National Department of Health.
- ⁽⁹⁾ James C, Morris SS, Keith R, Taylor A. Impact on child mortality of removing user fees: simulation model. *BMJ* 2005; 331:747-749.
- ⁽¹⁰⁾ Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ* 2005; 331(7519):762-765.
- ⁽¹¹⁾ Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy Plan* 2003; 18(4):383-390.
- ⁽¹²⁾ Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy Plan* 1997; 12(4):273-285.
- ⁽¹³⁾ McPake B. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Soc Sci Med* 1993; 36(11):1397-1405.
- ⁽¹⁴⁾ Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet* 2004; 364:1365-1370.
- ⁽¹⁵⁾ Report of the inter-country workshop for strengthening newborn care in maternal and child health programmes. 5-9 June 2006. Harare, Zimbabwe. PMNCH, Save the Children, UNFPA, UNICEF, USAID, WHO.
- ⁽¹⁶⁾ WHO, Save the Children, with contribution from UK Department for International Development. Newborn health policy and planning framework. Part I: Overview for policy-makers. (<http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/pubneonatal.htm>. Accessed 10 October 2006.)
- ⁽¹⁷⁾ République du Mali, UNICEF, WHO, Save the Children, WAHO, UNFPA et al. Vision 2010: reduction of maternal and neonatal mortality and morbidity in west and central Africa. 2005. Bamako, Mali: UNICEF.

- ⁽¹⁸⁾ UNICEF. Saving Newborn Lives/Save the Children – US. Strategic guidance note on the newborn. 2006. (Draft available on CD)
- ⁽¹⁹⁾ WHO. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. 2004. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁰⁾ Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; published online Sept 28. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69382-3.
- ⁽²¹⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²²⁾ WHO. Policy brief one: integrating maternal, newborn and child health programmes. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²³⁾ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005; 365:891-900.
- ⁽²⁴⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- ⁽²⁵⁾ Darmstadt GL, Walker N, Lawn JE, Bhutta ZA, Cousens S. Saving newborn lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions within the continuum of care. 2006.
- ⁽²⁶⁾ Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365:1087-1098.
- ⁽²⁷⁾ Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- ⁽²⁸⁾ Lawn JE, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- ⁽²⁹⁾ Palmer D. Tackling Malawi's human resources crisis. *Reprod Health Matters* 2006; 14(27):27-39.
- ⁽³⁰⁾ Second Meeting of the High Level Forum on Health MDGs. Addressing Africa's workforce crisis: an avenue for action. 2-3 December 2004. Abuja, Nigeria.
- ⁽³¹⁾ Rowe AK, de SD, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005; 366:1026-1035.
- ⁽³²⁾ Woods DL, Theron GB. The impact of the Perinatal Education Programme on cognitive knowledge in midwives. *S Afr Med J* 1995; 85(3):150-153.
- ⁽³³⁾ Theron GB. The potential of midwives providing primary obstetric care to reduce perinatal deaths in a rural region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 70:367-371.
- ⁽³⁴⁾ da Luz Vaz M, Bergstrom S. Mozambique – delegation of responsibility in the area of maternal care. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 38 Suppl:S37-9..S37-S39.
- ⁽³⁵⁾ Haines A, Saunders D, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker D et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *The Lancet* 2006. In press.
- ⁽³⁶⁾ Lawn JE, Cousens SN, Darmstadt GL, Bhutta ZA, Martinez J, Paul V et al. 1 year after The Lancet Neonatal Survival Series – was the call for action heard? *Lancet* 2006; 367:1541-1547.
- ⁽³⁷⁾ Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2004; 364:970-979.
- ⁽³⁸⁾ Ahluwalia I, Kouletio M, Curtis K, Schmid T. Community empowerment: CDC collaboration with the CARE community-based reproductive health project in two districts in Tanzania. *J Womens Health Gender-based Med* 1999; 8:1015-1019.
- ⁽³⁹⁾ Chiwuzie J, Okojie O, Okolocha C, Omorogbe S, Oronsaye A, Akpala W et al. Emergency loan funds to improve access to obstetric care in Ekpoma, Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 Suppl 2, S231-S236. 1997.
- ⁽⁴⁰⁾ Foreit KGE, Hardee K, Agarwal K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? *Int Fam Plan Perspect* 2002; 28(2):105-107.
- ⁽⁴¹⁾ Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003318.
- ⁽⁴²⁾ Liese BH, Sachdeva PS, Cochrane DG. Organizing and managing tropical disease control programs: case studies. 1992. Washington DC: World Bank.
- ⁽⁴³⁾ Stansfield S, Walsh JA, Prata N, Evans T. Information to improve decision making for health. In: Jamison D, Measham A, editors. *Disease Control Priorities*. 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health; 2005.
- ⁽⁴⁴⁾ Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller DH, Patouillard E, Mills A. Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2006; 368:1077-1087.
- ⁽⁴⁵⁾ Bryce J, Telleri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet* 2006; 368:1067-1076.
- ⁽⁴⁶⁾ UN Millennium Project. Goals, targets and indicators. 2006. (<http://unmillenniumproject.org/goals/goals03.htm>. Accessed 10 October 2006).
- ⁽⁴⁷⁾ WHO, UNICEF. Child survival survey-based indicators: Report of a UNICEF/WHO meeting. 17-18 June 2004. New York: World Health Organization.
- ⁽⁴⁸⁾ WHO. Reproductive health indicators – guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.

Seção V - Os recém-nascidos africanos - informações para agir

- ⁽¹⁾ WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽²⁾ UNICEF. State of the World's Children 2006. 2005. New York: United Nations Children's Fund.
- ⁽³⁾ Lumbiganon P, Panamonta M, Laopaiboon M, Pothinam S, Patitath N. Why are Thai official perinatal and infant mortality rates so low? *Int J Epidemiol* 1990; 19(4):997-1000.
- ⁽⁴⁾ McCarthy BJ, Terry J, Rochat RW, Quave S, Tyler CW, Jr. The underregistration of neonatal deaths: Georgia 1974-77. *Am J Public Health* 1980; 70(9):977-982.
- ⁽⁵⁾ Curtis S. Assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys (DHS Occasional Papers, No. 3). 1995. Calverton, MD: Macro International Inc.
- ⁽⁶⁾ Bang AT, Reddy MH, Deshmukh MD. Child Mortality in Maharashtra. *Economic and Political Weekly* 2002; 37(49):4947-4965.
- ⁽⁷⁾ Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35(3):706-718.
- ⁽⁸⁾ Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365(9465):1147-1152.
- ⁽⁹⁾ WHO. World Health Report 2005: make every mother and child count. 2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁰⁾ Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365:977-988.
- ⁽¹¹⁾ Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115(2 Suppl):519-617.
- ⁽¹²⁾ Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N et al. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* 2005; 365:1189-1197.
- ⁽¹³⁾ Darmstadt GL, Cousens S, Walker D, Lawn JE, Bhutta ZA, Haws RA. Increasing resources to save newborn lives. 2006. (Available on CD)
- ⁽¹⁴⁾ Bryce J, Black RE, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? *Lancet* 2005; 365:2193-2200.
- ⁽¹⁵⁾ WHO. World Health Report 2006: working together for health. 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- ⁽¹⁶⁾ Tracking progress in child survival countdown to 2015. 2005. (<http://www.childsurvivalcountdown.com/> Accessed 10 September 2006)
- ⁽¹⁷⁾ Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; 367(9521):1487-1494.
- ⁽¹⁸⁾ Rutstein SO, Johnson S. The DHS Wealth Index. (DHS Comparative Reports No. 6) 1004. Calverton, MD: Macro International Inc.
- ⁽¹⁹⁾ WHO. Maternal and Neonatal Tetanus elimination: Progress toward global MNT elimination. (http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index4.html. Accessed 23 October 2006.)
- ⁽²⁰⁾ Confirmation of the elimination of neonatal tetanus in Togo by lot quality assurance-cluster sampling. *Wkly Epidemiol Rec* 2006; 81(4):34-39.
- ⁽²¹⁾ Population Reference Bureau. 2006 World Population Datasheet. 2006. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- ⁽²²⁾ Lawn JE, Shibuya K, Stein C. No cry: Global estimates of intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths. *Bull World Health Organ* 2005; 83(6):409-417.
- ⁽²³⁾ Hill K, AbouZhar C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull World Health Organ* 2001; 79(3):182-193.
- ⁽²⁴⁾ AbouZhar C, Wardlaw T. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. 2003.
- ⁽²⁵⁾ Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; 368:1189-1200.

Índice

A

Ações de Nutrição Essenciais, 103
África do Sul, perfil 175; 14, 65, 157, 166
África Sub-Sahariana, perfil 174
Akande, Professor E. Oluwole, 4
Alimentação, complementar, 93, 95
Alimentação, opções para mulheres com HIV positivo, 116, 122, 106
Alvos de Abuja, 8, 156, 169
Amamentação, exclusiva, 29, 64, 104, 110, 230-1
Amamentação, indicações, 104-6
Amamentação, precoce/imediata, 29, 104, 106-7, 230-1, 96
Amenorreia lactacional, 83
Análise da situação, 159-60
Análise de vidas salvas, 163, 227-8
Angola, perfil 176; 14
Asfixia no nascimento, vide causas, intervenções

B

Bebés pequenos, vide peso reduzido à nascença
Benin, perfil 177; 69, 75, 157
Burkina Faso, perfil 179; 156

C

Camarões, perfil 184
Casas de espera da maternidade, 32, 72
Causas das mortes neonatais, 15-20, 226, 229
Causas das mortes neonatais, infecções, 17
Causas das mortes neonatais, asfixia no nascimento, 16, 64, 229
Causas das mortes neonatais, septicemia, 17
Ciclo de vida, 24
Compromissos de política regional, 152
Costa do Marfim, perfil 186
Cuidados com base em instalações, 26-33, 84, 120
Cuidados continuados, 6, 23-36, 116, 118, 120, 135, 161
Cuidados de base comunitária, 30-32, 48, 54, 67-68, 73, 85, 88, 93-96, 119, 121, 157, 166
Cuidados no parto, 6, 29, 63-78
Cuidados obstétricos de emergência, 67-72, 231
Cuidados para raparigas e mulheres antes da gravidez, 38-50
Cuidados pós-natais, 6, 29, 79-90, 230
Cuidados pré-natais concentrados, 52-55
Cuidados pré-natais, 42, 51-62, 115, 121, 142, 230-1
Custo da análise de aumento de escala, 169

D

Desigualdade, alcançar os pobres, 14-15, 28, 34, 145, 157, 227
Diarreia, 94, 102, 104, 115

E

Enquadramento da sobrevivência infantil, 8, 154-5
Equidade, 70, 157
Eritreia, perfil 189, 156
Erradicação da Malária, 130, 133
Espaçamento entre nascimentos, 26, 42-45
Estratégia de Alimentação de Bebés e Crianças, 112, 121
Estudos Demográficos e de Saúde, 226
Etiópia, perfil 189; 42, 144

F

Ferramentas de custos, 164
Formação, 61, 69-70, 97-100, 109, 166
Fundo Global para a SIDA, TB e Malária, 135

G

Gâmbia, perfil 191
Gestão Integrada de Doenças Infantis, 29, 91-100
Ghana, perfil 192; 17, 72, 75, 157, 166
Guiné, perfil 193
Guiné-Bissau, perfil 194

I

IMCI comunitário, 92, 95
Índia, 98
Indicadores, 89, 169-70, 231
Infecção por HIV na gravidez, 6, 45, 106, 168, 58, 113-126
Infecção respiratória aguda, 230
Infecções transmitidas sexualmente, 42, 58
Infecções, vide causas
Iniciativa de Hospitais Amigos dos Bebés, 108-9, 229
Intervalo de gravidez, Aborto/Aborto espontâneo, 44-45, 50
Intervalo de gravidez, Nascimento a gravidez, 44-45, 50
Intervalo de gravidez, Nascimento a nascimento, 44-45, 50
Intervenções faseadas e pacotes para a saúde de recém-nascidos, 70, 154, 161-2
Intervenções, asfixia no nascimento, 18
Intervenções, ciclo de vida, 24-26
Intervenções, infecções, 17-19
Intervenções, nascimento pré-termo, 18-19

K

Kit essencial para recém-nascidos para a comunidade, 72
Kits essenciais para recém-nascidos para instalações de saúde 72

L

Libéria, perfil 197

M

Madagáscar, perfil 198; 5, 111, 155-6
Malária na gravidez, 58, 115, 127-136
Malawi, perfil 199; 68, 70, 99, 132, 155-6, 165
Mali, perfil 200; 87
Mauritânia, perfil 202
Método Mãe Canguru, MMC, 97
Mobilização da comunidade, 109, 144
Moçambique, perfil 203; 120
Modelo de atrasos (3 atrasos), 64
Mongella, Dr. Gertrude, 2
Monitorização e avaliação, 74, 88, 122, 169
Morte intra-uterina, intrapartum, 64, 128
Mutilação genital feminina, 39-41

N

Nações do G8, 2, 20
Nepal, 31
Níger, perfil 205
Nigéria, perfil 206
Nutrição de raparigas e mulheres, 39-40, 91
Nutrição maternal, 102-4

O

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 7, 12-13, 133, 152-3, 157, 160, 170, 228
Oportunidades falhadas, 57, 69, 161, 230

P

Pagamentos próprios, 157-8, 229
Parceria para a Saúde Materna, de recém-nascidos e crianças (PMNCH), 8
Parteiras, 70, 73
Participação/participantes qualificados, 28, 66, 68-9, 75, 85, 157, 230
Parto pré-termo, vide causas e intervenções
Peso reduzido à nascença, 10, 16, 81, 103, 128-9, 229
Planos comunitários para referências e comunicações de emergência, 72, 167
Pobreza, 14, 35, 128
Preparação para o parto, 57, 72, 157
Produto Interno Bruto (PIB), 155, 229
Programa Alargado de Imunização (PAI), 29-30, 144-5
Programas de imunização, 137-147
Programas de intervenção da transmissão mãe-filho (PTMF) de HIV, 113-126, 168
Promoção da nutrição e da amamentação, 101-112

Q

Quênia, perfil 207; 13, 166

R

Rácio de mortalidade materna, 10, 227
Recursos humanos, 165-6
Redes de protecção tratadas com insecticida (ITN), 130, 132
Reforma do sector da saúde, 155
Registo de nascimento, 229
Registos detidos por mulheres, 54
República Democrática do Congo, perfil 186
Roteiro para a redução da mortalidade maternal e neonatal, 8, 152-4
Ruanda, perfil 208; 75

S

Saúde na adolescência, 6, 7, 24, 28, 38-50
Senegal, perfil 212
Septicemia, vide causas de morte
Serra Leoa, perfil 213
Serviços de alcance distante, 30, 32, 34, 48, 85
Sinais de perigo, bebé, 72, 82
Sinais de perigo, mãe, 72, 82
Songane, Dr. Francisco, 3
Sudão, 143

T

Tanzânia, perfil 216; 8, 13, 60, 69, 99, 155-7, 161
Taxa de mortalidade infantil, 13, 21, 228
Taxa de mortalidade intra-uterina, 10, 228
Taxa de mortalidade neonatal, 10, 14, 155, 226, 228
Taxa de prevalência de contraceptivos, 230
Taxas moderadoras, 56, 75, 157-8
Terapia anti-retroviral, 6, 116, 122
Tétano, eliminação da doença materna e neonatal, 18, 30, 139-142, 229
The Lancet - Série de saúde materna, 25, 101
The Lancet - Série de sobrevivência de recém-nascidos, 25, 101, 162, 227
The Lancet - Série de sobrevivência materna, 25-6
Togo, perfil 217; 18
Tratamento preventivo intermitente para a malária na gravidez, 130-134

U

Uganda, perfil 218; 33, 72, 120, 146, 155-7, 168

V

Vacinação BCG, 30, 138-42
Vacinação, 139, 145
Vacinação, DPT3, 138, 141
Vacinação, Hepatite B, 138, 142
Vacinação, rubéola, 138, 140, 142
Vacinação, toxóide tetânico, 139, 141
Vacinação, Vacina Oral Pólio (OPV), 138, 142

Z

Zâmbia, perfil 219; 122, 158
Zimbabué, perfil 220; 13, 122

Autores das Fotografias

Capa	Save the Children/ Brian Moody. Malawi.	Página 39	UNICEF/HQ05-2213/ Giacomo Pirozzi. República Democrática do Congo
Página 1, no topo e em baixo	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali. The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. África do Sul.	Página 43	Save the Children. Etiópia
Página 5	UNICEF/HQ04-0897/ Shehzad Noorani. Sudão.	Página 44	Harry Mueller. 2005. Tanzânia
Página 7	Harry Mueller. 2005. Tanzânia.	Página 47	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi
Página 9	Save the Children/ Brian Moody. Malawi.	Página 51	Arzum Ciloglu/CCP, cortesia de Photoshare. 2002. Malawi.
Página 11	UNICEF/HQ00-0183/ Giacomo Pirozzi. Moçambique.	Página 53	Save the Children/ Michael Bisceglie. Etiópia.
Página 21	Sara A. Holtz, cortesia de Photoshare. 2001. Togo.	Página 54	Harvey Nelson, cortesia de Photoshare, 2000. Zâmbia.
Página 22	UNICEF/HQ03-0311/ Christine Nesbitt. República Democrática do Congo.	Página 56	UNHCR/S. Mann. Sudão.
Página 23	UNICEF/HQ02-0570/ Giacomo Pirozzi. Gana.	Página 57	Save the Children/ Michael Bisceglie. Burquina Faso.
Página 36	The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. Gana.	Página 61	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Página 37	Save the Children/Mark Amann. Malawi.	Página 62	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique
Página 38, (no sentido dos ponteiros do relógio), de no topo, à esquerda	Arzum Ciloglu/CCP, cortesia de Photoshare. 2002. Malawi. UNICEF/HQ00-0255/ Giacomo Pirozzi. Moçambique. Tammy Schroeder. 2005. Tanzânia. Save the Children/Mark Amman. Malawi. Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali. Rachel Hoy, cortesia de Photoshare. 2004. Camarões. Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi. UNICEF/HQ05-2185/ Giacomo Pirozzi. República Democrática do Congo.	Página 63	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
		Página 64	Luwei Pearson.
		Página 65	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
		Página 66	UNICEF/HQ04-0917/ Shehzad Noorani. Sudão.
		Página 68	Luwei Pearson. Quênia.
		Página 71	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique
		Página 73	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
		Página 76	Luwei Pearson.
		Página 78	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali.
		Página 79	Save the Children/ NCI Communications. Malawi
		Página 83	UNICEF/HQ91-0161/Betty Press. Quênia

Página 87	Save the Children/ Michael Bisceglie. Mali	Página 135	Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi.
Página 88	Save the Children/Laura Brye. Zâmbia	Página 137	UNICEF/HQ00-0255/ Giacomo Pirozzi. Moçambique.
Página 89	UNICEF/HQ94-0263/ Giacomo Pirozzi. Cabo Verde.	Página 138	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique.
Página 90	Lily Kak. Etiópia.	Página 141	UNICEF/HQ04-1190/ Roger Lemoyne. República Democrática do Congo.
Página 91	Tammy Schroeder. 2005. Tanzânia.		
Página 97	Save the Children/Mark Amman. Malawi.	Página 147	Save the Children/ Michael Bisceglie.
Página 101	UNICEF/HQ05-2185/ Giacomo Pirozzi. República Democrática do Congo.	Página 151	UNICEF/HQ06-0174/ Michael Kamber. Quênia.
Página 103	Save the Children/ Michael Bisceglie. Etiópia.	Página 153	UNICEF/HQ98-0533/ Giacomo Pirozzi. Serra Leoa.
Página 104	UNICEF/HQ04-0846/ Francois d'Elbee. Libéria.	Página 157	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Página 108	Linkages/Agnes Guyon. Etiópia.	Página 161	Harry Mueller. 2006. Tanzânia.
Página 111	Save the Children/Joan Schubert. Gana.	Página 167	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.
Página 112	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique	Página 168	Lukoda Ramathan. Uganda.
Página 113	Rachel Hoy, cortesia de Photoshare. 2004. Camarões.	Página 169	Save the Children/ Michael Bisceglie. Etiópia.
Página 114	UNICEF/HQ03-0295/ Christine Nesbitt. República Democrática do Congo.	Página 171	Save the Children/ Michael Bisceglie. Etiópia.
Página 121	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique.	Página 172	Save the Children/ Michael Bisceglie. Moçambique.
Página 121	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.	Contracapa, da esquerda para a direita	Save the Children. Etiópia. Harvey Nelson, cortesia de Photoshare, 2000. Zâmbia. Save the Children/Mark Amman. Malawi. Save the Children/ Michael Bisceglie. Etiópia. The Population Council, Inc./ Melissa May. 2006. Gana.
Página 125	Save the Children/ Michael Bisceglie. Malawi.		
Página 126	UNICEF/HQ05-1047/ Radhika Chalasani. Níger.		
Página 127	Michael Bisceglie/ Save the Children. Malawi.		
Página 129	UNICEF/HQ05-2133/ Giacomo Pirozzi. República Democrática do Congo.		

Revisores

Kwame Asamoah
CDC, Filial da Malária
EUA

Ana Betran
OMS, Tornar a Gravidez
mais Segura
Switzerland

Cythnia Boschi-Pinto
OMS, Saúde Infantil e na
Adolescência e Desenvolvimento
Switzerland

Jean Baker
AED, Centro de Saúde Familiar
EUA

Al Bartlett
USAID
EUA

Mary Carnell
JSI, Saúde Infantil
EUA

Luc de Bernis
UNFPA
Etiópia

Bernadette Daelmans
OMS, Saúde Infantil e na
Adolescência e Desenvolvimento
Switzerland

Karen Edmond
London School of Hygiene and
Tropical Medicine, Epidemiologia
Pediátrica
Reino Unido

Rudi Eggers
OMS, Vacinas e Produtos
Biológicos
Switzerland

Leslie Elder
Save the Children-EUA, Saving
Newborn Lives
EUA

Lynn Freedman
Universidade de Columbia,
AMDD
EUA

Francois Gasse
UNICEF, Unidade de Saúde
EUA

Tracy Geoghegan
Save the Children-EUA
EUA

Adenike Grange
IPA
Nigéria

Peggy Henderson
OMS, Departamento de Saúde
Infantil e na Adolescência e
Desenvolvimento
Switzerland

Sandra Huffman
AED, Pronto a Aprender
EUA

Mie Inoue
OMS, Provas de Informação
e Políticas
Switzerland

Monir Islam
OMS, Tornar a Gravidez
mais Segura
Switzerland

Carolyn Kruger
AED, Linkages
EUA

Andre Lalonde
FIGO
EUA

Elizabeth Mason
OMS, Saúde Infantil e na
Adolescência e Desenvolvimento
Switzerland

Matthews Mathai
OMS, Tornar a Gravidez
mais Segura
Switzerland

Nahed Matta
USAID, Saúde Materno-Infantil
EUA

Chris McDermott
USAID
EUA

Subhi Mehdi
USAID, Gabinete Africano
EUA

Nomajoni Ntombela
AED, Linkages
Zâmbia

Vinod Paul
All Institute of Medical Sciences,
Departamento de Pediatria e
Centro de Colaboração da OMS
Índia

Ellen Piwoz
AED, Centro para a Nutrição
EUA

Anayda Portela
OMS, Tornar a Gravidez mais
Segura
Switzerland

Fred Sai
Banco Mundial (reformado)
Gana

Hamadoun Sangho
CREDOS
Mali

Harshad Sanghvi
JHPIEGO, ACCESS
EUA

Jane Schaller
IPA
Canadá

Robert Scherpbier
OMS, Saúde Infantil e na
Adolescência
Switzerland

LaRue Seims
Save the Children-EUA, Saving
Newborn Lives
EUA

Eleonore Seumo
AED
EUA

Kenji Shibuya
OMS, Provas de Informação e
de Políticas
Switzerland

Rick Steketee
PATH
França

Eric Swedberg
Save the Children-EUA,
Gabinete de Saúde
EUA

Uzma Syed
Save the Children-EUA,
Saving Newborn Lives
EUA

Nancy Terreri
UNICEF, Unidade de Saúde
EUA

Shyam Thapa
Save the Children-EUA,
Saving Newborn Lives
EUA

Fatoumata Tony
Save the Children
Mali

Constanza Vallenaz
OMS, Saúde Infantil e na
Adolescência
Switzerland

Juliana Yartey
OMS, Tornar a Gravidez
mais Segura
Switzerland

Aoua Zerbo
Mistério da Saúde
Burkina Faso

Jeremie Zoungrana
JHPIEGO
Burkina Faso

Jelka Zupan
OMS, Tornar a Gravidez
mais Segura
Switzerland

Os nossos agradecimentos aos revisores da tradução portuguesa:

Catarina Regina, Dr Leopoldina de Almeida, Bérengère de Negri, Beth Outtersson, Dr. Francisco Songane

Autores

Tunde Adegboyega
OMS, Saúde Infantil e na Adolescência
Nigéria

Seipati Mothebesoane-Anoh
OMS, Tornar a Gravidez mais Segura
Congo

Eleonor ba-Nguz
OMS/AFRO, Unidade da Malária
Zimbabué

Rajiv Bahl
OMS, Saúde Infantil e na Adolescência
Switzerland

Genevieve Begkoyian
UNICEF, WCARO
Senegal

Inam Chitsike
OMS/AFRO, Divisão de Saúde Familiar e Reprodutiva
Congo

Mickey Chopra
Medical Research Council of South Africa, Unidade de Investigação de Sistemas de Saúde
África do Sul

Simon Cousens
London School of Hygiene and Tropical Medicine, Unidade Epidemiologia de Doenças Infecciosas
Reino Unido

Patricia Daly
Save the Children-EUA, ACCESS
EUA

Robert Davis
UNICEF, ESARO
Quênia

Joseph de Graft Johnson
Save the Children-EUA, ACCESS
EUA

Tedbab Degefie
Save the Children-EUA, Gabinete de Campo da Etiópia
Etiópia

Vincent Fauveau
UNFPA, Filial de Saúde Reprodutiva
Switzerland

Patricia Gomez
JHPIEGO, ACCESS
EUA

Agnes Guyon
AED, Linkages
Etiópia

Phanuel Habimana
OMS/AFRO, Saúde Infantil e na Adolescência
Zimbabué

Lily Kak
USAID, Saúde Materno-Infantil
EUA

Kate Kerber
BASICS
Save the Children-EUA, Saving Newborn Lives
África do Sul

Tigest Ketsela
OMS/AFRO, Saúde Infantil e na Adolescência
Zimbabué

Margareta Larsson
OMS, Tornar a Gravidez mais Segura
Switzerland

Joy Lawn
Save the Children-EUA, Saving Newborn Lives
África do Sul

Ornella Lincetto
OMS, Tornar a Gravidez mais Segura
Switzerland

Chewe Luo
UNICEF, HIV/SIDA e Saúde
EUA

Patricia MacDonald
USAID, Gabinete da População e Saúde Reprodutiva
EUA

Luann Martin
AED, Linkages
EUA

Jose Martines
OMS, Saúde Infantil e na Adolescência e Desenvolvimento
Switzerland

Andrew Mbewe
OMS/AFRO, Divisão de Saúde Familiar e Reprodutiva
Congo

Gezahegn Mengiste
UNICEF (reformado)

Pyande Mongi
OMS/AFRO, Saúde Infantil e na Adolescência
Congo

Stephen Munjanja
Hospital de Harare
Zimbabué

Winnifred Mwebesa
Save the Children-EUA, Gabinete de Saúde
EUA

Josephine Namboze
OMS/ICST/AFRO
Zimbabué

Indira Narayanan
BASICS
EUA

Hana Nekatebeb
AED, Linkages
Etiópia

Maureen Norton
USAID, Gabinete da População e Saúde Reprodutiva
EUA

Jesca Nsungwa Sabiiti
Uganda Ministério da Saúde
Uganda

Doyin Oluwole
AED/Africa 2010
EUA

Susan Otchere
Save the Children-EUA, Saving Newborn Lives
EUA

Luwei Pearson
UNICEF, ESARO
Quênia

Victoria Quinn
AED, Linkages
(Agora Helen Keller International)
EUA

Melanie Renshaw
UNICEF
EUA

Magda Robalo
OMS/AFRO
Zimbabué

Khama Rogo
World Bank
EUA

Nigel Rollins
Universidade de KwaZulu-Natal, Departamento de Pediatria e Saúde Infantil
África do Sul

Charles Sagoe-Moses
OMS/AFRO
Gana

Antoine Serufulira
OMS/AFRO
Gabão

Fouzia Shafique
UNICEF
EUA

Rumishaël Shoo
UNICEF, ESARO
Quênia

Judith Standley
UNICEF
EUA

Aboubacry Thiam
BASICS
Senegal

Anne Tinker
Save the Children-EUA, Saving Newborn Lives
EUA

Lalla Touré
UNICEF, WCARO
Senegal

Charlotte Warren
Population Council
Quênia

Abimbola Williams
UNICEF
Nigéria

Jos Vandelaer
UNICEF, Seção de Saúde e OMS, Vacinas e Produtos Biológicos
Switzerland

Ahmadu Yakubu
UNICEF, ESARO
Quênia

AGRADECIMENTOS

Equipa

Esta publicação foi escrita, revista e corrigida por uma equipa que inclui os parceiros seguintes (por ordem alfabética): ACCESS; Academy for Educational Development (AED); Africa's Health 2010; ACQUIRE/EngenderHealth, BASICS; International Pediatric Association (IPA); International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO); Linkages; London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM); Maximizing Access and Quality (MAQ); Medical Research Council, South Africa; Partnership for Maternal Newborn and Child health (PSMNI); Population Council; Saving Newborn Lives (SNL) and Save the Children US; UNFPA; UNICEF; University of KwaZulu-Natal, South Africa; USAID; World Bank; and WHO.

Coordenadores editoriais e técnicos

Joy Lawn (Saving Newborn Lives/Save the Children US) and Kate Kerber (BASICS and Saving Newborn Lives/Save the Children US), Cape Town, South Africa.

Equipa editorial

Dinah Lord, Rachel Wake, Leslie Elder, Kristina Gear, Alicia Antayhua.

Autores

Os autores constam na lista da página 246.

Tradução

Mário César Borges Marques de Abreu

Revisores

Agradecemos muito reconhecidamente os contributos generosos de muitos revisores citados na página 245.

Equipa de dados

Kate Kerber and Joy Lawn com agradecimentos a Luwei Pearson, Nancy Terreri, Cynthia Boschi-Pinto, Kenji Shibuya, Mie Inoue e escritórios regionais e nacionais africanos da UNICEF. Simon Cousens, Gary Darmstadt, Zulfiqar Bhutta e Neff Walker contribuíram com as análises de custos e de impacto utilizadas nesta publicação. Os dados dos "ORC Macro Demographic and Health Surveys" foram preciosos para este livro.

Autores das fotografias

Os autores das fotografias constam na lista da página 243.

Coordenadores administrativos e financeiros

Tanja Englberger

Design

Language Innovations, Washington, DC, USA
Spirals, New Jersey, USA

Impressão

Mills Litho, Cape Town, South Africa

Apoio financeiro

A equipa editorial foi apoiada, através da organização "Saving Newborn Lives/Save the Children US", por uma dádiva da "Bill & Melinda Gates Foundation" e, através da organização "BASICS", por uma dádiva da USAID.

O apoio financeiro para a produção deste documento foi prestado pela USAID através do programa ACCESS e da "Maximizing Access and Quality Initiative", assim como através do Escritório africano da USAID; pela "Saving Newborn Lives/Save the Children US", através de uma dádiva da "Bill & Melinda Gates Foundation"; e do "Department of Child and Adolescent Health and Development", OMS, Genebra, através de uma dádiva da "Bill & Melinda Gates Foundation".

Declinação de responsabilidade

O conteúdo desta publicação e as opiniões nela expressas são da responsabilidade dos seus autores e não reflectem necessariamente as opiniões de agências ou organizações parceiras, ou das agências ou fundações financiadoras. Tomaram-se todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material cabe ao leitor. Em nenhum caso a PSMNI ou os parceiros e autores deverão ser responsabilizados por prejuízos resultantes da sua utilização.

Os seguintes projectos da USAID contribuíram com o seu tempo e apoio para esta publicação:



© 2006. Todos os direitos reservados.

O conteúdo desta publicação pode ser utilizado ou reproduzido para efeitos educativos ou não-comerciais desde que o material seja acompanhado por uma referência à fonte de onde foi extraído. Como referenciar o documento: Oportunidades para os Recém-Nascidos em África: dados práticos, políticas e apoio programático aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos africanos. Joy Lawn e Kate Kerber, editores. PMNCH, Cape Town, 2006.

ISBN-13: 978-0-620-37695-2. ISBN-10: 0-620-37695-3

Mais informações, pdfs e traduções obtíveis de www.pmnch.org ou savingnewbornlives@savechildren.org



Porque foi escrito este livro?

Todos os anos morrem pelo menos 1,16 milhões de recém-nascidos em África. Até há pouco tempo, estas mortes não eram contadas. Cerca de dois terços destes bebés poderiam ter sido salvos se a cobertura de intervenções viáveis e baseadas em evidências tivesse já alcançado os 90%. Os países estão a reconhecer que tratar da saúde neonatal é uma actividade catalisadora para melhorar os cuidados de saúde materno-infantis já existentes e para os integrar noutros programas como os da malária e os do VIH.

A quem se dirige este livro?

Esta publicação foi criada por meio de uma parceria de agências da Organização das Nações Unidas (ONU), de doadores, de ONG, de organizações profissionais e de diversos colaboradores, para ser útil a todos os que estão empenhados em acelerar os progressos para salvar as vidas das mães, dos recém-nascidos e das crianças africanas.

Que informações contém este livro?

- Novas informações sobre os recém-nascidos africanos: onde, quando e porque morrem eles? Quantas vidas poderiam ser salvas?
- Um panorama dos cuidados continuados de saúde materna, neonatal e infantil
- Qual é a situação actual, as oportunidades existentes e as próximas medidas a tomar para melhorar e integrar a saúde do recém-nascido em nove pacotes e programas fundamentais interligados com os cuidados continuados de saúde?
- Princípios e ideias para fasear as intervenções destinadas à saúde dos recém-nascidos, com exemplos de diversos países
- Dados sobre o estado da saúde, os progressos e as políticas relativas a 46 países africanos



Save the Children



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



unicef



Academy for Educational Development



Population Council